

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 140

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur L. TIXIER

Contribution à l'étude
des suites proches et éloignées des interventions
pour APPENDICITE AIGÜE
d'après 287 observations

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Mars 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André BRUYÈRE

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 6 Décembre 1901 à St-VALLIER (Drôme)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

**Contribution à l'étude
des suites proches et éloignées des interventions
pour APPENDICITE AIGUË d'après 287 observations**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 140

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur L. TIXIER

Contribution à l'étude
des suites proches et éloignées des interventions
pour APPENDICITE AIGÜE
d'après 287 observations

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Mars 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André BRUYÈRE

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 6 Décembre 1901 à St-VALLIER (Drôme)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE
Assesseur M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NAVET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSEFAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	VALLAS
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, *président* ; PATEL, *assesseur* ;
BONNET et SANTY, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En hommage de tendresse et
de reconnaissance.

A MON FRÈRE, A MA BELLE-SŒUR

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Nous avons eu le bonheur d'être son interne, durant un semestre, au cours duquel nous avons pu largement apprécier sa bienveillance, la pénétration de son sens clinique et toute l'élégance de ses méthodes opératoires. Qu'il veuille bien trouver ici le respectueux hommage de notre gratitude.

Nous lui sommes profondément reconnaissant de nous avoir donné les éléments de notre thèse et de nous avoir fait le grand honneur d'en accepter la présidence.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Professeur de Chirurgie opératoire

Nous gardons un souvenir inoubliable du temps que nous avons passé dans son service et de la cordiale bienveillance qu'il nous a toujours manifestée.

Nous tenons à lui adresser l'hommage de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

Au cours du semestre d'internat passé dans son service, il nous a prodigué son amabilité et les conseils de sa profonde érudition. Nous sommes heureux de le remercier et de lui exprimer toute notre reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

Nous sommes heureux de l'avoir parmi nos juges et nous l'en remercions. Qu'il veuille bien accepter ici avec nos sentiments respectueux l'assurance de notre entier dévouement.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET
MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT

Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND

Contribution à l'étude
des suites proches et éloignées des interventions
pour APPENDICITE AIGUË d'après 287 observations

Introduction

Il peut paraître inutile d'écrire à l'heure actuelle sur l'appendicite aiguë. Tout n'a-t-il pas été dit? Des travaux de tous ordres et des statistiques multiples ont été publiés et ont permis d'établir de façon précise la thérapeutique de cette affection à peu près inconnue il y a une quarantaine d'années.

Cependant, lorsque le Docteur Pierre Bertrand, chef de clinique chirurgicale nous a montré l'intérêt qu'il y aurait à publier une nouvelle statistique, nous en avons compris l'utilité et avons essayé de faire les recherches nécessaires. Le chirurgien doit toujours avoir présent devant les yeux l'ensemble de ses résultats opératoires, il lui est nécessaire de faire souvent « le point » afin de pouvoir contrôler sa technique de façon régulière et soutenue. Un regard en arrière n'est jamais inutile.

Notre but est de donner la statistique de tous les cas d'appendicite aiguë, opérés et soignés dans le service de M. le Professeur Tixier à l'Hôtel-Dieu de Lyon, durant la période de dix années 1919-1929. Nous te-

nous tout particulièrement à remercier à cette occasion M. le Professeur Tixier de toute l'amabilité et de la confiance qu'il nous a manifestées en nous laissant la libre disposition de ses observations.

Les malades ont été opérés d'urgence pour la plupart à l'Infirmerie de Porte de l'Hôtel-Dieu, à toutes heures du jour et de la nuit, par les différents chirurgiens de garde des Hôpitaux de Lyon et plus particulièrement par les élèves de M. le Professeur Tixier. Nos observations de la Porte appartiennent donc pour la plupart à MM. les Docteurs P. Bonnet, Rochet, Pollosson, Pierre Bertrand, et quelques-unes à MM. les Docteurs Tavernier, Ricard, Guilleminet, Wertheimer, Michon, Richer, Creyssel, Murard, Desjacques, Clavel, Taillot.

A la fin de l'année 1929, les opérés ont été convoqués à une visite médicale afin de constater les résultats opératoires éloignés. Malheureusement tous ne sont pas revenus; certains se sont contentés de répondre par lettre à un questionnaire très précis qui leur avait été adressé, et d'autres n'ont pu être retrouvés. Ceux dont nous avons eu des résultats éloignés représentent les $\frac{2}{3}$ du nombre total.

Nous signalerons de plus que les enfants de moins de 16 ans, qui ne sont pas admis dans les salles d'adultes ne figurent pas dans notre statistique.

En la publiant nous avons la prétention de donner des chiffres avec autant d'exactitude que possible. C'est évidemment la seule façon de leur attribuer quelque valeur.

Notre travail est un travail de bonne foi et de cons-

cience. Nous insistons un peu sur ce point, car nous avons été énormément surpris de constater les variations parfois considérables qui existaient entre les proportions de complications, données par divers chirurgiens, tous de valeur technique indiscutable. Nous-mêmes, qui arrivons à une proportion d'éventrations qui oscille entre 20 et 50 % dans les cas drainés, n'avons su que penser d'une récente statistique donnant l'équation de 1,7/100 d'éventrations dans l'appendicite aiguë. Et cependant les cas où cette complication existait n'ont fait pour nous aucun doute; nous verrons par la suite que de nombreux chirurgiens ont eu des résultats comparables aux nôtres.

L'étude de l'état de la paroi abdominale après drainage est évidemment secondaire quand il s'agit de guérir une maladie aussi sournoise et dangereuse, l'appendicite aiguë, cette « bombe prête à exploser »; aussi nos constatations ne se sont pas bornées là. Nous avons pu nous rendre compte, à la suite des remarques du Docteur Pierre Bertrand, de l'importance que prenaient les soins post-opératoires chez les appendicectomisés.

Le public instruit sait maintenant que toute crise appendiculaire doit être opérée très vite, l'opération est alors un sûr garant de guérison. Malheureusement l'application pratique de cette règle thérapeutique n'est pas simple. Il est certain que l'opération dans les 24 premières heures de la crise présente le minimum de risques. Mais combien de malades ne sont encore vus par le chirurgien que le 3^e, 4^e jour et plus tardivement et dans ces cas restent exposés, malgré l'intervention, à des complications diverses.

Nous avons essayé d'établir avec quelle fréquence ces opérés demandent une surveillance éclairée de leur chirurgien; dans près du tiers des cas ils font une complication sérieuse abdominale, pulmonaire, circulatoire, etc... et certains même doivent être réopérés. La tranquillité du chirurgien, l'intervention faite, n'est donc pas aussi grande qu'on pourrait le croire et que le public a tendance à supposer. L'opéré réclame à tout instant des soins avertis et prévoyants.

La tâche des chirurgiens dans la guérison de l'appendicite aiguë n'est malheureusement pas tout; s'ils voyaient leurs malades dans les délais normaux, c'est-à-dire au début de la crise, la mortalité post-opératoire qui est actuellement d'après nos chiffres au voisinage de 6 %, deviendrait insignifiante.

La part de responsabilité des médecins chargés d'accompagner les appendiculaires vers le centre chirurgical est également considérable, et si beaucoup ont, à l'heure actuelle, compris l'importance d'une décision rapide dans ces cas, tous ne sont pas aussi bien éclairés. C'est toujours en restant au contact de la réalité que nous avons constaté que les chirurgiens de garde de l'Hôtel-Dieu ne voyaient les malades qui nous intéressent dans les deux premiers jours de la crise, c'est-à-dire dans le temps normal, dans une proportion de 40 % seulement, et que les 60 restant ont été envoyés les troisième, quatrième... et au delà du dixième jour.

Les malades opérés tôt sont encore bien peu nombreux. Nous donnons ces chiffres à titre de simple indication, en remarquant que la faute du retard à l'opération est souvent due au malade lui-même qui

ne fait pas venir son médecin et préfère absorber intempestivement purgation sur purgation.

La notion de temps dans l'appendicite aiguë est cependant essentielle, on a de la peine à croire que déjà le deuxième jour de la crise, chez les malades qui ont été vus à l'Hôtel-Dieu, d'après les comptes rendus opératoires, un appendice sur trois est perforé, et le troisième jour de la crise, il y en a la moitié. Cette proportion est énorme et nous croyons que c'est la meilleure façon de saisir de près la haute gravité d'une crise d'appendicite aiguë qui augmente rapidement avec les heures; et ceci sans mentionner l'existence des formes toxiques qui viennent ajouter leur gravité à celle des formes gangréneuses perforantes si répandues.

De Quervain, en publiant une statistique de 5.097 cas des Hôpitaux suisses, avait bien montré la progression rapide de la mortalité avec le retard apporté à l'intervention :

Opérés le 1 ^{er} jour		0,7 %	de morts
— 2 ^e —		4,8 %	—
— 3 ^e —		10,8 %	—
— 4 ^e —		21 %	—

Et pour le chirurgien, la presque totalité des complications qui peuvent survenir dans les suites opératoires sont imputables à cette même cause, le temps perdu avant l'intervention.

Naturellement, en présence d'une affection qui offre de pareilles menaces, nous ne discuterons pas la valeur de l'opération et nous ne voulons pas rouvrir le débat entre interventionnistes à outrance, tempori-

sateurs et opportunistes. L'opinion chirurgicale est faite actuellement.

Toutes ces notions que nous avons rappelées et qui sont bien connues de tous, s'imposent après la lecture des 287 observations d'appendicite aiguë que nous avons rassemblées.

Nous donnons ces observations à la suite, après les avoir classées en quatre catégories :

1° Les cas, habituellement simples, dans lesquels le péritoine n'a pas été drainé :

Cas simples sans drainage du péritoine;

2° Les cas à lésions plus marquées, ayant nécessité un drainage du péritoine, mais sans abcès localisé, ni péritonite par perforation appendiculaire :

Cas drainés, sans abcès, ni péritonite par perforation;

3° Les *abcès appendiculaires;*

4° Les *péritonites par perforation* de l'appendice.

Dans chaque catégorie, les observations ont été groupées en autant de chapitres qu'il y avait d'incisions de la paroi abdominale.

Un cinquième groupe d'observations donne les comptes rendus opératoires de *cures d'éventration* des malades qui n'avaient pas subi l'appendicectomie dans le service.

Comme nous l'avons déjà signalé, les malades de cette statistique ont été opérés par plusieurs chirurgiens, habituellement à l'Infirmierie de Porte de l'Hôtel Dieu. Ce sont cependant les mêmes principes directeurs qui ont été appliqués, ceux enseignés par notre

Maître, M. le Professeur Tixier. Quelques différences de technique, quelques préférences personnelles donnent un peu de variété à nos observations et nous permettent, autant que possible, d'en établir par comparaison la valeur respective.

Observations

I

Appendicites aiguës avec fermeture totale du péritoine

INCISIONS DE MAC BURNEY

I

V. Marie, 20 ans. — 12-8-20, 7-9-20.

Entrée pour syndrome abdominal avec douleurs à droite, température, sans vomissement, mais avec constipation. Début il y a trois semaines. En plus : tumeur de la région sacrée (spina bifida ?) avec incontinence légère.

Renseignements opératoires : Un peu de liquide dans le péritoine; appendice tendu, rouge à la pointe. A l'ouverture, tricocéphales, muqueuse atteinte de folliculite intense.

Intervention le 18-8-20. Professeur Tixier. — A. G. éther. Incision de Mac Burney. Appendicectomie. Fermeture totale.

Suites opératoires : Pendant 2 jour après l'opération, rétention qui a nécessité des sondages et des lavages de vessie; puis incontinence et urines sales. Sort le 7-9-20 guérie.

II

R. Marie, 25 ans. — 30-1-23, 1-3-23.

Opérée à la 24^e heure. Une seule crise survenue dans le service alors qu'elle avait été opérée 6 jours avant pour hygroma suppuré du genou.

Renseignements opératoires : Folliculite typique.

Opérée le 9-2-23, Docteur Bonnet. A. G. éther. Incision de Mac Burney; appendicectomie, enfouissement, fermeture.

Suites opératoires : Sort guérie. Réponse en 1929: Pas d'éventration, guérison totale.

III

C. Lina, 21 ans. — 18-4-25, 16-5-25.

Renseignements opératoires : Appendice rouge tomenteux.

Opérée le 15-4-25, infirmerie de Porte, Docteur Bertrand. A. G. éther; incision de Mac Burney. Appendicectomie, fermeture totale.

Suites opératoires : Sort guérie le 16-5-25. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, pas de troubles intestinaux, guérison totale.

IV

A. Eliša. — 5-12-22 23-12-22.

Une crise il y a trois mois; opérée à la 60^e heure; température 37°2, pouls 88.

Renseignements opératoires : Sérosité péritonéale en abondance anormale; appendice derrière le cæcum, ten-

du, turgescents; étranglement à la partie moyenne, signature de la crise précédente.

Intervention le 6-12 par le Professeur Tixier; A.G. éther; incision de Mac Burney; fermeture totale; drain sous la peau.

Suites opératoires : Apyrétiques.

V

F. Marie, 15 ans. — 6-8-25.

Deux crises antérieures ; opérée au 10^e jour ; à tiède..

Renseignements opératoires : Appendice rétro-cæcal, coudé rouge; une goutte de pus dans sa cavité.

Intervention. A. G. K. éther. Docteur Rochet. Incision de Mac Burney-Gosset. Appendicectomie, fermeture totale.

Suites opératoires : Simples. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

VI

Vve M., 35 ans. — 29-10-27.

Pas de crise antérieure. Opérée dans la journée.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë.

Opérée, infirmerie de Porte. A. G. éther; incision de Mac Burney. Fermeture totale, sans drainage.

Suites opératoires : Très simples. Revue le 10-12-27 : Excellente cicatrice.

VII

B. Edmonde, 21 ans. — 30-3-29, 13-4-29.

Une crise il y a 4 ans. Pas de constipation, 2^e crise opérée dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Appendice nettement enflammé.

Opérée infirmerie de Porte. Docteur Bertrand. A. G. K. éther; incision de Mac Burney. Appendicectomie; enfouissement; fermeture totale.

Suites opératoires : Simples.

VIII

R. Hélène, 30 ans. — 16-7-29, 6-8-29.

Très constipée; plusieurs petites crises antérieures; opérée au 5^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice tendu, rouge; appendicite en pleine évolution.

Intervention le 18-7-29. Professeur Tixier. A. G. K. éther; incision de Mac Burney-Gosset. Appendicectomie à l'ordinaire; enfouissement; fermeture totale; 1 drain sous la peau.

Suites opératoires : Très simples.

IX

S. Marie, 27 ans. — 12-12-29, 13-1-30.

Opérée à la 36^e heure. Petite annexite gauche.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë; lésions de folliculite.

Intervention, infirmerie de porte. Docteur Bertrand. A. G. K. éther; incision de Mac Burney. Appendicectomie; enfouissement; fermeture.

Suites opératoires : Simples. Part le 13-1-30; a encore besoin de quelques pansements.

X

R. Charles, 26 ans. — 5-1-28, 18-1-28.

Une crise antérieure; opéré à la 36^e heure.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë ; fausses membranes sur l'appendice turgescent, très long, avec une pointe volumineuse enroulée sur elle-même ; petite quantité de liquide louche dans le péritoine.

Opéré à l'infirmerie de porte. Docteur Wertheimer ; incision de Mac Burney; appendicectomie ; enfouissement; fermeture; drain sous-cutané.

Suites opératoires : Normales.

XI

B. Gaston, 16 ans. — 21-3-28, 2-4-28.

Opéré à la 8^e heure.

Renseignements opératoires : Appendice énorme en battant de cloche; liquide louche dans le péritoine.

Opéré à l'infirmerie de porte. Docteur Bertrand. A. G. K. éther; incision de Mac Burney; appendicectomie; enfouissement; fermeture totale.

Suites opératoires : Très simples; revu un mois après sa sortie, avec une bonne cicatrice.

XII

B. André, 24 ans. — 10-3-29, 29-3-29.

Plusieurs crises antérieures, opéré à la 5^e heure.

Renseignements opératoires : Appendice postérieur avec grosse dilatation de la pointe renfermant du pus.

Opération à l'infirmierie de porte le 10-3, incision de Mac Burney; appendicectomie; enfouissement; fermeture totale.

Suites opératoires : Petit hématome de la paroi; sort cicatrisé le 29-3. Réponse : Pas d'éventration, guérison complète.

XIII

M. Paul, 22 ans. — 2-1-30, 18-1-30.

Première crise opérée à la 36^e heure.

Renseignements opératoires : Appendice congestionné, très long, adhérent à sa partie moyenne au cæcum ; coudé à ce niveau, extrémité libre.

Intervention par le Docteur Clavel. A. G. K. éther ; incision de Mac Burney; appendicectomie ; enfouissement; fermeture totale.

Suites opératoires : Excellentes ; sort guéri le 18-1.

INCISIONS DE JALAGUIER

XIV

J. Amélie, 15 ans. — 14-1-23, 3-2-23.

Première crise opérée à la quarante-huitième heure.

Renseignements opératoires : Un peu de liquide louche dans la fosse iliaque; appendice rétrocæcal très court, gangrené en un point, au niveau d'un calcul prêt à sortir et que l'on commence à voir; petit abcès péri-appendiculaire.

Infirmierie de porte le 14-1, Docteur Bonnet, A. G. éther; incision de Jalaguier; appendicectomie; fermeture totale fils d'attente sur la peau, non serrés, sur une compresse qui couvre la plaie.

Suites opératoires : N'a pas été pansée avant le cinquième jour et un abcès de la paroi s'est formé sous la compresse; ablation des fils d'attente; sort guérie le 3-2. Réponse en 1929: pas d'éventration; quelques douleurs abdominales; très constipée.

XV

H. Lucie, 20 ans. — 26-6-4, 20-7-24.

Renseignements opératoires : Malade envoyée du service de neurologie de M. Froment où elle était soignée pour sclérose en plaque. Le 25-6 au matin, violente douleur abdominale avec nausées; température 38°2; le 26-6 elle passe en chirurgie. Au point de vue abdominal, contracture nette à droite; sensibilité du cul-de-sac droit au toucher. Mais, en plus, vive douleur à la hanche, avec flexion, adduction, rotation en dedans de la cuisse; peu de douleur à la pression sur l'articulation et par mobilisation. De même la région lombaire n'est pas douloureuse; le diagnostic d'arthrite est soulevé.

Intervention le 26-6, Docteur Bonnet, incision de Jala-guier; en soulevant le cæcum, il vient du petit bassin un flot de liquide lactescent séro-purulent, et l'on extrait du doigt un appendice en voie de gangrène, plongeant dans le pelvis, plaqué contre la paroi pelvienne latérale au niveau de la fossette ovarienne; le cæcum est lui-même légèrement prolabé vers le pelvis, de sorte que la base de l'appendice se trouve en regard des vaisseaux iliaques. Appendicectomie; enfouissement; le péritoine est complètement asséché; on ne draine pas; fermeture totale du péritoine et des plans aponévrotiques; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Le lendemain, 27-6, la malade se plaint de souffrir énormément du genou et du pli de

l'aine; elle affirme qu'elle soulevait son membre jusqu'à hier. Il s'agit donc, non pas d'une contraction du psas, mais d'une névralgie obturatrice, qu'explique bien la situation de l'appendice. Suites opératoires normales; guérison; le 20-7 la malade passe chez M. le Professeur Froment.

XVI

D. Marie, 40 ans. — 22-2-19, 18-3-19.

Crise d'appendicite nette d'une durée de 8 jours, il y a 16 ans; souvent douleurs abdominales variables. Opération à la vingt-quatrième heure.

Renseignements opératoires : Voile de péritonite ancienne sur le cæcum, un peu congestionné; l'appendice présente des lésions inflammatoires récentes à la base, anciennes à la pointe (cordon fibreux).

Opération. A. G. éther. Incision de Jalaguier. Appendicectomie à l'ordinaire, fermeture en 4 plans.

Suites opératoires : Suites opératoires simples.

XVII

C. Louise, 19 ans. — 24-3-19, 19-4-19.

Première crise il y a 2 ans; constipation chronique. Début de la crise il y a 15 jours; on pense opérer à froid; opération le 1^{er} avril 1919.

Renseignements opératoires : Appendice rouge, turgescent.

Intervention le 1-4-19. A. G. éther; malade très grasse; incision de Jalaguier. Fermeture soignée de la paroi; crins sous la peau.

Suites opératoires : Sort guérie. Réponse : pas d'éventration; très constipée.

XVIII

P. Annette, 33 ans. — 10-12-19.

Il y a trois mois, crise d'appendicite avec température; constipée depuis. Reste dans le service pendant 4 jours en observation; pas de température, pas de signes nets.

Renseignements opératoires : Nombreuses adhérences sur le cæcum, et en les rompant, on arrive à extérioriser le cæcum. Mésos et paroi cæcale très enflammés; appendice très épaissi avec nombreux calculs et liquide louche, presque purulent.

Opération le 16-12-19. Professeur Tixier. A. G. éther; incision de Jalaguier; appendicectomie sous-séreuse rétrograde; enfouissement; fermeture en 4 plans (2 pour les aponévroses); 1 drain sous-cutané.

Suites opératoires : Réponse en 1929 : pas d'éventration; a eu un enfant en 1921; guérison; diarrhée, entérite.

XIX

S. Anna, 44 ans, 17-3-20, 13-4-20.

Diarrhée habituelle; une crise antérieure. Celle qui l'amène a débuté le 4-3-20; diarrhée au cours de ces deux crises. Examen: seulement point douloureux appendiculaire.

Renseignements opératoires : Appendicite banale avec infiltration des parois, sans calcul.

Intervention le 26-3-20. Professeur Tixier. A. G. éther;

incision de Jalaguier; appendicectomie à l'ordinaire; fermeture; un drain sous la peau.

Suites opératoires : Sort guérie le 13-4.

XX

Epouse D., 27 ans. — 29-9-23, 10-23.

Pas de crise antérieure; troubles digestifs; opérée au troisième jour.

Renseignements opératoires : Intestins immobiles et stupéfiés; gros appendice en érection du volume du petit doigt, avec une plaque sphacélique de la pointe qui se serait rapidement transformée en gangrène; pointe au contact de la corne droite de l'utérus.

Opération le 30-9. Professeur Tixier. A. G. éther; incision de Jalaguier basse; ligature préalable des vaisseaux épigastriques; appendicectomie; fermeture totale du ventre.

Suites opératoires : Suites opératoires remarquablement simples. Réponse en 1929 : pas d'éventration; guérison; transit intestinal irrégulier.

XXI

Q. Adèle, 22 ans. — 27-3, 13-4.

Quelques douleurs auparavant à droite; douleurs récentes. A l'entrée, température: 38°2; pouls: 112.

Renseignements opératoires : Colique appendiculaire. Appendice rouge.

Opérée, infirmerie de porte; Docteur Rochet. A. G. K. éther; incision de Jalaguier; appendicectomie; fermeture totale.

Suites opératoires : Sort guérie le 13-4. Le 15-5 est en parfait état local et général.

XXII

Epouse Goyet, 25 ans. — 22-4-26, 5-5-26.

Une première crise en mars, ayant duré un jour.
Deuxième crise opérée le soir même.

Renseignements opératoires : Appendice latéro-cæcal avec abcès intra-appendiculaire.

Opérée à l'infirmierie de porte le 22-4; Docteur Bonnet; incision de Jalaguier. Appendicectomie; fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Suites opératoires très simples.

XXIII

R. Marcelle, 20 ans. — 11-11-26, 28-11-26.

Première crise, opérée le huitième jour, vers la fin de la crise.

Renseignements opératoires : Appendice rouge, contenant un calcul; pas de liquide péritonéal.

Opérée à l'infirmierie de porte; Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Jalaguier. Appendicectomie; fermeture totale; drainage sous-cutané aux crins.

Suites opératoires : Suites opératoires normales, sort le 28-11 guérie. Réponse en 1929: pas d'éventration; guérison totale, mais constipation.

XXIV

Epouse R., 45 ans. — 26-10-26, 12-11-26.

Première crise opérée le troisième jour; quelques hési-

tations au point de vue diagnostic avec une cholécystite.

Renseignements opératoires : Liquide louche dans le péritoine; appendice court, entièrement globuleux, gangréné, mais non perforé; l'appendice renferme de gros calculs.

Intervention le 27-10; Docteur Bonnet. Incision de Jalaguier; appendicectomie, fermeture totale.

Suites opératoires : Suites opératoires simples, sort le 12-11, revient guérie le 27-11.

XXV

Epouse P., 21 ans. — 13-10-25.

Opérée avant la vingt-quatrième heure. A l'entrée, température: 38°8; pouls: 160, incomptable; rapidité du pouls expliquée par un goître exophtalmique fruste.

Renseignements opératoires : Appendice volumineux, œdémateux, rosé, à cheval sur le détroit, baignant dans un liquide puriforme qui remplit le petit bassin; légèrement adhérent par sa pointe aux annexes droites qui sont saines (un peu rouges).

Opération le 13-10; Docteur Bonnet. Incision de Jalaguier large d'emblée; appendicectomie; on éponge le pelvis; fermeture totale.

Suites opératoires : Simples.

XXVI

H. Malvina, 18 ans. — 30-11-26, 14-12-26.

Opérée le troisième jour.

Renseignements opératoires : Appendicite légère, rétro-cæcale, forme colique.

Opération à l'infirmerie de porte, par le Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Jalaguier. Appendicectomie, fermeture totale.

Suites opératoires : Suites opératoires simples, sort le 14-12.

XXVII

B. Marcelle, 17 ans. — 29-12-26, 16-1-27.

Une première crise il y a 3 ans. Deuxième crise, opérée le deuxième jour.

Renseignements opératoires : Appendice congestionné. A un centimètre de la pointe étranglement, et au-delà, collection intra-appendiculaire sous tension.

Opérée par le Docteur de Rougemont. A. G. éther; incision de Jalaguier. Appendicectomie, enfouissement; fermeture à 3 plans, drainage sous-cutané aux crins.

Suites opératoires : Suites opératoires simples, sort le 16-1-27. Revient le 28-1: excellente cicatrice.

XXVIII

C. Maria, 24 ans. — 19-4-27, 3-5-27.

Première crise opérée dans la journée.

Renseignements opératoires : Appendice turgescent, très congestionné à la pointe, replié en deux derrière le cæcum, grosses lésions de la muqueuse.

Opération à l'infirmerie de porte, par le Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Jalaguier. Appendicecto-

mie sous-séreuse rétrograde; fermeture totale, drainage sous-cutané.

Suites opératoires : Suites opératoires simples; angine avec température le neuvième jour; sort guérie le 3-5.

XXIX

Epouse J., 34 ans. — 2-3-28, 16-3-28.

Opérée le troisième jour.

Renseignements opératoires : Appendice très enflammé; liquide séreux dans le péritoine.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Bertrand. Incision de Jalaguier. Appendicectomie, enfouissement, fermeture totale.

Suites opératoires : Suites opératoires très simples; sort guérie le 16-3.

XXX

P. Elise, 14 ans. — 13-10-28, 25-10-28.

Première crise, opérée dans la journée.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë; appendice rouge avec plusieurs calculs; un peu de liquide dans le ventre.

Opération à l'infirmerie de porte, Docteur de Rougemont, le 10-10-28; incision de Jalaguier. Appendicectomie, fermeture, drainage de la paroi.

Suites opératoires : Suites opératoires simples. Réponse en 1929: pas d'éventration, tendance à la constipation.

XXXI

B. Elise, 23 ans. — 31-10-28, 15-11-28.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë datant de 5 heures.

Opérée à l'infirmierie de porte, Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Jalaguier. Appendicectomie, fermeture totale; un drain sous-cutané.

Suites opératoires : Parfaites.

XXXII

Première crise opérée à la troisième heure.

Renseignements opératoires : L'appendice présente à la coupe deux petits abcès hémorragiques folliculaires au niveau de la pointe, gros comme une tête d'épingle en verre.

Opérée à l'infirmierie de porte, Docteur Bonnet. Incision de Jalaguier. Appendicectomie; fermeture totale du péritoine, drain sous-cutané.

Suites opératoires : Très simples.

XXXIII

M. Félix, 24 ans. — 1-1-22, 14-2-22.

Le malade était en traitement dans le service pour séquelles de blessures de guerre, dont une avait entraîné la paralysie du S. P. E.; lorsque le 7-1, il présenta un état grippal avec température, et le 14-1, une crise d'appendicite aiguë; opéré le deuxième jour.

Renseignements opératoires : Appendicite grippale; Appendice pelotonné sur lui-même, ressemblant à un

immense lombric enroulé; il a plus de 20 centimètres de long, est vascularisé par plus de 8 arcades vasculaires; à l'ouverture plusieurs petits abcès folliculaires au début; « angine de l'appendice ».

Intervention le 15-1, Docteur Bonnet. A. G. K. éther; incision de Jalaguier. Appendicectomie; fermeture.

Suites opératoires : Simples; le 18-1, abcès de la fosse canine supérieure gauche, d'origine dentaire ou grippale, qui fut incisé. Signes atténués de phlébite des veines orbitaires, guérison.

XXXIV

P. Honoré, 19 ans. 14-1-25, 31-1-25.

Pas de constipation habituelle; deux crises antérieures; la troisième est opérée à la période de résolution.

Renseignements opératoires : Grand appendice rouge, distendu par liquide séro-purulent.

Intervention par le Docteur Bonnet. Incision de Jalaguier. Appendicectomie à l'ordinaire; fermeture totale.

Suites opératoires : Simples, sort guéri le 31-1. Réponse en 1929; pas d'éventration; guérison; quelquefois diarrhée.

XXXV

G. Pierre, 19 ans. — 24-5-25, 5-6-25.

Plusieurs crises antérieures; opéré le deuxième jour; à l'entrée, température: 39°3; pouls: 110.

Renseignements opératoires : Appendice postéro-externe, coudé à angle aigu, et plaqué contre le cæcum par des adhérences très serrées; très enflammé.

Opéré à l'infirmierie de porte, Docteur Rochet. Incision de Jalaguier. Appendicectomie à l'ordinaire difficile; enfouissement; fermeture totale sans drainage; un drain sous la peau.

Suites opératoires : La température est descendue en trois jours à 37°5; ablation du drain sous-cutané; sort guéri le 5-6. Revu en 1929: pas d'éventration; guérison complète.

XXXVI

D. Félix, 34 ans. — 28-11-25, 20-1-26.

Deux crises antérieures; opéré dans les 48 heures.

Renseignements opératoires : Appendice énorme, du volume d'un pouce, recouvert de fausses membranes.

Intervention le 28-11, Docteur Pollosson. Incision Jalaguier, avec section d'un paquet valvulo-nerveux du droit. Appendicectomie, fermeture séro-musculaire; la peau est laissée ouverte avec 3 crins, en vue de suture secondaire.

Suites opératoires : Suites opératoires excellentes; quitte le service le 20-1-26. Réponse en 1929: pas d'éventration; guérison complète.

XXXVII

S. Emilio, 36 ans. — 4-1-26, 21-1-26.

Pas de crise antérieure; opéré le deuxième jour.

Renseignements opératoires : Appendice à situation pelvienne, rouge, recouvert de fausses membranes.

Intervention le 5-1, Docteur Pollosson. A. G. éther;

incision de Jalaguier. Appendicectomie; enfouissement; un drain sous-cutané.

Suites opératoires: Suites opératoires bonnes; congestion pulmonaire avec température à 40° le 8°, 9° et 10° jours; sort guéri le 21-1-26.

XXXVIII

D. Clément, 35 ans. — 11-12-27, 7-1-28.

Opéré le huitième jour.

Renseignements opératoires : Appendice rétro-cæcal gangrené, inclus partiellement dans la paroi cæcale.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet. Incision de Jalaguier. Appendicectomie laborieuse, par morcellement, sans pouvoir affirmer qu'elle soit totale; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Suture secondaire; sort guéri le 7-1-28. Revu en 1929: pas d'éventration.

XXXIX

F. David, 24 ans. — 27-12-26, 8-1-27.

Petites crises antérieures; opéré à la trente-sixième heure.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë avec plaques de sphacèle; fausses membranes cæcales.

Intervention par le Docteur Pollosson. A. G. éther; incision de Jalaguier. Appendicectomie; enfouissement; fermeture sans drainage; la peau est fermée lâchement sur compresse au Dubard.

Suites opératoires: Suites opératoires excellentes; cicatrisation rapide.

XL

L. René, 23 ans. — 4-5-27, 23-5-27.

Troubles digestifs antérieurs; opéré le troisième jour.

Renseignements opératoires : Appendice latéro-cæcal, volvulus de la partie moyenne; pointe sphacélée, en imminence de perforation.

Intervention le 4-5, Docteur de Rougemont. Incision de Jalaguier. Appendicectomie rétrograde; enfouissement; fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Suites opératoires normales; sort guéri le 23-5.

XLI

B. Louis, 17 ans. — 7-10-27, 8-11-27.

Constipation habituelle; opéré le deuxième jour.

Renseignements opératoires : Appendice précæcal, enveloppé par l'épiploon, lui-même très enflammé; appendice court, gangrène à la pointe.

Intervention à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet. Incision de Jalaguier. Appendicectomie; pas de résection épiploïque; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Du quatrième au onzième jour, température assez élevée, avec signes pulmonaires de congestion à la base droite, traitée par le vaccin Weill-Dufourt ; sort guéri le 8-11. Réponse en 1929 : pas d'éventration; constipation comme avant.

XLII

I. Louis, 41 ans. — 3-2-29, 2-3-29.

Première crise opérée le deuxième jour,

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Pollosson. A. G. éther; incision de Jalaguier. Appendicectomie; fermeture à 3 plans; un drain sous-cutané.

Suites opératoires : Suites opératoires sans incidents; bonne cicatrice à la sortie. Revu 6 mois après: pas d'éventration; guérison complète.

XLIII

P. Henri, 45 ans. — 15-5-29, 8-6-29.

Opéré le deuxième jour.

Renseignements opératoires : Appendice très enflammé, entouré d'exsudats gélatineux, situé dans la gouttière latéro-côlique.

Opération à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet. Incision de Jalaguier. Appendicectomie à l'ordinaire; fermeture totale.

Suites opératoires : Suites opératoires très simples; sort guéri le 8-6. Réponse en 1929: pas d'éventration; guérison complète.

INCISIONS DE MAX SCHÜLLER

XLIV

Epouse V., 57 ans. — 15-5-28, 4-7-28.

Pas d'antécédents.

Renseignements opératoires : Appendice latéro-interne libre; trugescant et rouge.

Intervention le 15-5-28, Docteur Bertrand; rachianesthésie, 0,10 scurocaïne dorsale; très bonne incision de Max Schüller. Appendicectomie, enfouissement, fermeture, 2 crins sous la peau.

Suites opératoires : Le 22-5 (7^e jour), phlébite droite, forme variqueuse, gouttière. Evolution plutôt favorable de la phlébite. Au bout d'un mois, pas de température, œdème médiocre, mobilisation facile; sort guérie le 4-7. Réponse en 1929: Pas d'éventration, guérison; aurait actuellement un prolapsus utérin.

XLV

Epouse C., 41 ans. — 9-10-25, 22-10-25.

Depuis un an, selles dysentériques. Opérée le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Un peu de liquide dans le péritoine; appendice turgescant, rouge, latéro-cæcal, externe.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet; incision de Max Schüller. Appendicectomie; fermeture musculo-séreuse totale; drain sous-cutané.

Suites opératoires : Réponse en 1929: Pas d'éventration, guérison totale.

XLVI

B. Emilie, 18 ans. — 21-5-25, 10-6-25.

Première crise, opérée dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Liquide péritonéal louche; appendice libre, rouge; colique appendiculaire.

Intervention : A. G. éther; incision de Max Schüller. Appendicectomie à l'ordinaire; fermeture totale.

Suites opératoires : Très simples. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison; souffre légèrement du ventre dans la région opérée; a une tendance à la constipation avec fortes coliques.

XLVII

R. Alice, 20 ans. — 24-3-28, 14-4-28.

Une crise il y a 4 mois. Deuxième crise opérée dans la journée à la 16^e heure.

Renseignements opératoires : Appendice verdâtre au niveau de la pointe, sans perforation.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Bertrand, le 22-3-28 ; rachianesthésie : 10 ctg. scurocaïne ; incision de Max Schüller. Appendicectomie ; enfouissement ; fermeture de la paroi, sauf la peau.

Suites opératoires : Simples ; suture avec agrafes le 28-3 ; sort le 14-4 ; complètement guérie le 9-5. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

XLVIII

Vve Th., 21 ans. — 7-7-28, 24-7-28.

Trois crises antérieures, apérée à la 24^e heure.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Pollosson, incision de Max Schüller. Appendicectomie à l'ordinaire ; fermeture ; 1 drain sous-cutané.

Suites opératoire : Simples ; revue en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

XLIX

P. Pierre, 36 ans. — 4-12-23, 23-12-23.

Opéré au 3^e jour ; signes locaux sont bénins, mais température : 38° ; pouls : 95 ; teint plombé ; est laissé 12 heures en observation.

Renseignements opératoires : Liquide louche dans le péritoine; appendice en érection, dur, violacé, non perforé, avec lésion gangréneuse de la pointe.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet. A. G. éther, incision de Max Schüller; appendicectomie à l'ordinaire; fermeture totale; drain sous-cutané. A noter la discordance entre les lésions observées et les signes cliniques.

Suites opératoires : Sort guéri le 23-12-23.

L

P. François, 15 ans. — 28-12-23, 12-1-24.

Opéré le 3^e jour.

Renseignements opératoires : Liquide louche dans le péritoine; appendice gros, long, turgescant; à la coupe il est rempli de pus; lésion gangréneuse de la partie moyenne.

Intervention le 29-12, Docteur Rochet, incision de Max Schüller; appendicectomie à l'ordinaire; fermeture totale; un drain sous-cutané.

Suites opératoires : Normales; le petit malade sort guéri le 12-1.

LI

M. Paul, 23 ans. — 15-6-24, 15-7-24.

Deux crises antérieures; *opéré* au 2^e jour.

Renseignements opératoires : Liquide séro-purulent dans le péritoine; appendice en position interne et descendant, gros, turgescant, violacé; à la limite de la gangrène.

Opéré à l'infirmerie de porte le 15-6, Docteur Rochet. A. G. éther ; incision de Max Schüller; appendicectomie; fermeture totale musculo-séreuse; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Au 15^e jour, suture secondaire; le 9-7, ablation des fils; sort guéri le 15-7.

LII

A. Paul, 43 ans. — 28-9-24, 18-10-24.

Une crise antérieure; 2^e crise opérée le 3^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice gros, très rouge; en position rétro-cæcale.

Intervention par le Docteur Rollet et le Docteur de Rougemont. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie; fermeture totale; drainage sous-cutané aux crins.

Suites opératoires : Excellentes ; cicatrisation *per primam*.

LIII

C. Marcel, 23 ans. — 21-1-25, 6-2-25.

Crises antérieures.

Renseignements opératoires : Adhérences épiploïques dans l'abdomen ; appendice postérieur et interne, long, très rouge, coudé en deux par attraction du méso.

Intervention le 22-1, Docteur Rochet, incision de Max Schüller; appendicectomie à l'ordinaire; fermeture totale, sauf la peau.

Suites opératoires : 24-1, suture secondaire ; 6-2, le malade sort guéri.

LIV

B. Jean, 29 ans. — 10-8-25, 4-9-25.

Deux crises antérieures.

Renseignements opératoires : Appendice court, mais très turgescent ; lésion certaine d'appendicite aiguë.

Intervention le 18-8, Docteur Rochet ; incision de Max Schüller ; appendicectomie à l'ordinaire ; fermeture totale.

Suites opératoires : Guérison.

LV

P. César, 20 ans. — 8-3-28, 23-3-28.

Renseignements opératoires : Appendice turgescent, haut situé dans le couloir latéro-colique.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet, le 8-3 ; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; fermeture sans drainage profond, un drain sous-cutané.

Suites opératoires : Pendant 2 jours, la température oscille entre 38° et 40° ; signes pulmonaires (vaccin Weill et Dufourt) ; le 13-3, grosse amélioration ; sort guéri le 23-3.

LVI

B. Albert, 16 ans. — 20-7-28, 2-8-28.

Une crise antérieure ; opéré dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë ; appendice fixé.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Bertrand.

A. G. K. éther; incision de Max Schöler; appendicectomie sous-séreuse, sauf à la pointe; enfouissement; fermeture totale.

Suites opératoires : Simples; revu en 1929: Pas d'éventration.

LVII

L. Henri, 23 ans. — 25-7-28, 9-8-28.

Opéré à la 12^e heure.

Renseignements opératoires : Un peu de liquide à peine louche dans le péritoine; appendice coudé, volumineux; rouge à sa partie distale.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Creyssel; incision de Max Schüller; appendicectomie; enfouissement; fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Simples.

LVIII

M. Paul, 37 ans. — 31-3-29, 14-4-29.

Opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice rouge.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Bertrand; rachianesthésie, 10 ctg. scurocaïne; incision de Max Schüller; appendicectomie; enfouissement; fermeture totale.

Suites opératoires : Sans incidents; sort cicatrisé le 14-4. Revu 6 mois après : N'a pas d'éventration; accuse de la constipation.

LIX

R. Félix, 20 ans. — 3-12-29, 13-2-30.

Opéré au 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë ; l'appendice est légèrement congestionné, avec lésions extérieures manifestes.

Intervention le 3-12, Docteur Clavel; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; enfouissement ; fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Le 9-12, le malade reste en état de subocclusion, et la température est un peu élevée; le 21-12, la température est brusquement élevée; signes d'abcès pelvien; le 24-12, *rectotomie* antérieure; suites opératoires bonnes; le malade indiscipliné sort spontanément le 13-2.

INCISIONS DE PAUL BONNET

LX

Epouse C. Carmen, 20 ans. — 18-4-25, 16-5-25.

Etrangère, pas de renseignement.

Renseignements opératoires : Appendice rouge.

Opérée le 18-4, Docteur Rochet. A. G. K. éther; incision iliaque basse transversale; ligature des vaisseaux épigastriques; appendicectomie difficile; fermeture totale.

Cette incision donne un jour excellent sur la partie supérieure du pelvis, mais lorsque le cæcum est fixé et l'appendice un peu haut, l'appendicectomie est difficile.

Suites opératoires : Le 22-4, infarctus; le 26-4, on ouvre un gros hématome suppuré ; ablation totale de la suture; le 7-5, plaie complètement détergée, on pose 2 crins profonds de suture nouvelle; sort guérie le 16-5.

LXI

Epouse H., 24 ans. — 5-10-26, 21-10-26.

Passé annexiel important; opérée le 2^e jour.

Renseignements opératoires: Gros appendice dur, enflammé, complètement accolé au cæcum.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet; incision iliaque basse transversale, en raison des réserves faites au point de vue annexiel. Appendicectomie; exploration ovarienne droite facile; rien de ce côté; fermeture complète du péritoine et de la paroi; 3 points distants sur la peau.

Suites opératoires: Normales.

LXII

R. Marcelle, 22 ans. — 29-10-26, 12-11-26.

Une petite crise il y a deux mois; la 2^e crise opérée le 2^e jour.

Renseignements opératoires: Appendicite aiguë.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet; incision iliaque basse transversale; appendicectomie; fermeture totale du péritoine et des plans aponévrotiques; suture provisoire des téguments au devant des compresses.

Suites opératoires: Normales, sort le 12-11. Réponse en 1929: Pas d'éventration; irrégularité des selles, plutôt constipée; guérison totale.

LXIII

Epouse B., 27 ans. — 16-12-26, 11-1-27.

Deux crises il y a 2 ans et 1 an; opérée au 2^e jour de la 3^e crise.

Renseignements opératoires : Liquide louche dans le ventre; appendice; pointe volumineuse et rouge, contient du pus et un calcul au contact duquel la paroi est en voie de sphacèle.

Opérée d'urgence à l'infirmierie de porte le 14-12, Docteur Bonnet; incision iliaque basse transversale; appendicectomie; fermeture sans drainage.

Suites opératoires : On retarde le lever en raison d'une accélération du pouls; premier lever le 22^e jour; malaise, angoisse, palpitations; sort le 11-1-27; revue en 1929 : Pas d'éventration; guérison totale.

LXIV

Epouse G., 22 ans. — 5-3-28, 26-3-28.

Depuis un an douleurs abdominales; troubles hémophiliques traités il y a un mois; opérée dans les 48 heures. A l'entrée, température: 37°7; pouls: 90; très peu de signes; légère induration du Douglas.

Renseignements opératoires : Un peu de liquide dans le ventre; cæcum œdémateux; appendice rétro-cæcal ascendant, très adhérent, masqué par un voile verdâtre.

Opérée à l'infirmierie de porte, le 5-5, Docteur Bonnet; sérum de cheval, 10 cmc (hémophilie); incision iliaque basse transversale; appendicectomie de la base à la pointe; la pince sur l'appendice coupe, un peu de pus s'écoule; appendicectomie; les berges épaissies du lit appendiculaire sont fermées par une ligature, et on enfouit ainsi le moignon; fermeture de la paroi, sauf de la peau.

Suites opératoires : Simples; suture secondaire le 19-3; sort guérie le 26-3. Réponse en 1929 : Pas d'éventration; guérison; actuellement annexite.

LXV

Epouse V., 29 ans. — 8-6-29, 10-7-29.

Plusieurs crises antérieures analogues; opérée dans les 24 heures; sensibilité du Douglas.

Renseignements opératoires : Enorme appendice rétro-cæcal, intrapariétal; à la coupe l'appendice renferme une grosse quantité de liquide; pas de réaction péritonéale.

Opérée par le Docteur Bertrand. A. G. K. éther; incision de Paul Bonnet; appendicectomie; enfouissement; comme il y a un grand méso cæcal, on le reconstitue; fermeture totale.

Suites opératoires : Immédiates, très simples; puis, au bout d'une semaine, élévation thermique sans cause apparente (pas de règles); application préventive de sangsues; il n'apparaît aucun signe de phlébite et la température redescend à la normale; cicatrisation *per primam*. Revue le 30-11-29 : La malade a une cicatrice parfaite.

LXVI

D. Benoît, 27 ans. — 7-8-24, 26-8-24.

Opéré au 10^e jour, en voie de refroidissement.

Renseignements opératoires : Appendice rouge, gros et tendu.

Opération par le Docteur Bonnet. A. G. éther; incision iliaque basse transversale; appendicectomie; fermeture totale. Il y a lieu d'être satisfait de cette incision très basse et très externe, presque de Pfannestiel, très supérieure comme jour à celle de Mac Burney, et plus facile à agrandir en dedans où l'arcade de Douglas n'existe plus.

Suites opératoires : Réponse en 1929: Pas d'éventration; guérison totale.

LXVII

B. Francis, 28 ans. — 14-4-25, 30-4-25.

Plusieurs crises antérieures; opéré le 10^e jour; empâtement profond.

Renseignements opératoires : Appendice très enflammé rétrogradant parallèlement aux vaisseaux iliaques, et contre eux; il est énorme, violacé, plein de pus, renfermant des calculs (plus de 20).

Intervention le 17-4; Docteur Bonnet; incision iliaque basse transversale; conduit directement sur le cæcum; appendicectomie; ligature de l'appendice; résection au ras du cæcum; thermo-cautérisation du moignon; enfouissement; fermeture totale du péritoine (très facile).

Suites opératoires : Sort guéri le 30-4.

LXVIII

G. Claude, 20 ans. — 8-5-25, 18-6-25.

Opéré à la 18^e heure; douleur basse; température : 38°5; pouls : 140.

Renseignements opératoires : Appendice complètement gangrené; à cheval sur le détroit supérieur.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet. A. G. éther; incision iliaque basse transversale; appendicectomie; enfouissement; fermeture totale.

Suites opératoires: Le 13-5, suppuration gangréneuse de la paroi; ablation des agrafes; le 18-6, va bien, quitte le service. Réponse en 1929 : Eventration douloureuse.

LXIX

C. Aimé, 17 ans. — 23-10-26, 9-11-26.

Pas de crise antérieure; résistance de la paroi, franchement iliaque.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë.

Opération à l'infirmerie de porte le 23-10, Docteur Bonnet; incision iliaque basse transversale; on découvre immédiatement le cæcum et l'appendice; appendicectomie très simple; fermeture totale par des points en U.

Suites opératoires : Simples; sort guéri le 9-11. Réponse en 1929 : Pas d'éventration; guérison.

LXX

G. Hayem (Serbe), 22 ans. — 5-11-26, 22-11-26.

Deux crises antérieures; opéré pour la 3^e au 15^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice rouge, œdémateux.

Intervention par le Docteur Bonnet; incision iliaque basse transversale; on refoule le paquet adipeux contenant les vaisseaux épigastriques; à l'ouverture du péritoine, l'appendice apparaît de lui-même; fermeture totale; la fermeture du péritoine est rendue très facile par l'incision.

Suites opératoires : Simples; sort guéri le 22-11.

LXXI

P. Gustave, 31 ans. — 2-1-29, 22-1-29.

Deux crises antérieures; opéré dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Liquide louche dans le péritoine; appendice rétro-cæcal ascendant, prêt à être sectionné au niveau d'un coude; à la coupe, abcès endo-appendiculaire.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet. A. G. éther; incision iliaque basse transversale; appendicectomie rétrograde; fermeture de la paroi, sauf téguments.

Suites opératoires : La température tombe dès le 5^e jour; le 11-1, suture secondaire de la plaie; sort guéri le 22-1; revu 6 mois après, pas d'éventration.

LXXII

G. Claudius, 28 ans, (Asile Saint-Jean-de-Dieu). — 30-1-29, 6-2-29.

Nombreuses crises antérieures; gros éthylysme; opéré le 2^e jour; douleurs dans la fosse iliaque, sans localisation très nette.

Renseignements opératoires : Recherche de l'appendice difficile; il est complètement masqué, par le cæcum, en situation ascendante; appendicite aiguë.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet. A. G. éther; *incision iliaque basse transversale*; le cæcum haut placé ne peut être attiré par cette voie, quoique l'on voit très bien jusqu'à l'ombilic. Fermeture. *Incision de Jala-guier* très haute; le cæcum est sous le foie, plaqué contre la paroi antérieure, ainsi que la fin du grêle; appendicectomie en sous-séreuse difficile; fermeture minutieuse.

Suites opératoires : Bonnes suites opératoires; sera pansé à Saint-Jean-de-Dieu où il est renvoyé le 6-2.

INCISIONS NON SPÉCIFIÉES

LXXIII

P. Marie, 36 ans. — 10-6-20, 26-6-20.

Début il y a 15 jours par de vagues douleurs à la mar-

che, à droite; puis une crise brusque dans la nuit; opérée au 3^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice rouge, pas d'abcès.

Opérée à l'infirmerie de porte; Docteur Tavernier. A. G. éther; appendicectomie; fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Sort guérie le 26-6.

LXXIV

Epouse R. Claudine, 36 ans. — 12-5-21.

Une crise douteuse il y a un an; opérée à la 6^e heure.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Murard; appendicectomie; fermeture du péritoine et du plan musculo-aponévrotique; on ne suture pas la peau.

Suites opératoires : Infection de la paroi; guérison. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

LXXV

S. Germaine, 15 ans. — 27-8-25, 10-9-25.

Première crise opérée à la 10^e heure.

Renseignements opératoires : Appendice rouge, long, externe.

Opérée à l'infirmerie de porte; Docteur Michon; appendicectomie; fermeture totale.

Suites opératoires : Simples. Réponse : Pas d'éventration, guérison totale.

LXXVI

M. Jeanne, 22 ans, 12-5-21, 20-6-21.

Pas de crise antérieure; opérée au 4^e jour.

Renseignements opératoires : Péritonite appendiculaire; énorme appendice sphacélé; beaucoup de liquide dans l'abdomen et le pelvis.

Intervention le 12-5 à l'infirmierie de porte, Docteur Murard; appendicectomie; enfouissement ; aspiration essorage à la compresse; fermeture sans drainage ; la peau est laissée ouverte.

Le 12-5 pose d'un crin dans le milieu de la plaie; le 26-5, poussée brusque de température; un peu de distension du cul-de-sac vaginal droit; attention à un *abcès pelvien*; le 1-6 il persiste une grosse induration du cul-de-sac latéral droit à surveiller; la malade est constipée; le 7-6, la malade a évacué dans la nuit, par le vagin un peu de liquide louche purulent.

Suites opératoires : Sort guérie le 20-6.

LXXVII

L. Marcelle, 19 ans. — 12-9-26, 25-9-26.

Première crise opérée à la 17^e heure.

Renseignements opératoires : Gros appendice turgescent, un peu de liquide louche.

Infirmierie de porte, le 11-9; Docteur Michon; appendicectomie, enfouissement, sans drainage, agrafes.

Suites opératoires : Très simples; sortie le 25-9. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

LXXVIII

R. Dolorès, 19 ans. — 11-9-26, 23-9-26.

Première crise opérée dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Appendice congestionné; liquide séreux dans le péritoine.

Infirmierie de porte, le 8-9 ; Docteur Rochet; appendicectomie à l'ordinaire; fermeture à l'ordinaire.

Suites opératoires : Très simples; sort le 22-9. Revue en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

LXXIX

V., 51 ans. — 26-4-21, décès le 30-4-21.

Première crise, opérée à la 28^e heure.

Renseignements opératoires : Grosse quantité de liquide dans le péritoine; appendice sphacélique, plongeant et coudé sur le détroit supérieur; péritonite.

Opéré à l'infirmierie de porte, Docteur Murard; le liquide est épongé; appendicectomie difficile; enfouissement; on verse un peu d'éther dans le péritoine; fermeture totale, sauf de la peau.

Suites opératoires : Le 28-4, le malade qui semblait aller très bien, et avait fait des vents et une selle, a un vomissement; 29-4, les vomissements persistent; ils sont fécaloïdes; météorisme assez considérable; sous rachianesthésie : *cæcostomie* dans la plaie; on voit que l'épiploon enrobe le cæcum; il n'y a pas une goutte de pus dans le péritoine. Le 30-4, la *cæcostomie* fonctionne bien, mais le malade est dans le collapsus; il meurt à 19 heures, le 7^e jour.

Autopsie. — Pas une goutte de pus dans le pelvis et la fosse iliaque; l'enfouissement a un aspect normal; le péritoine n'est pas rouge; aux poumons, hypostase des bases sans broncho-pneumonie; au cœur, athérome des coronaires; rien aux reins.

LXXX

M. Claude, 15 ans. — 11-9-26, 3-10-26.

Deuxième crise opérée le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë; long appendice adhérent; 2 cuillerées de liquide louche; quelques fausses membranes.

Opéré à l'infirmierie de porte, le 11-9, Docteur Michon; appendicectomie; enfouissement; pas de drainage; crins d'attente.

Suites opératoires : Le 2-10-26, le malade sort guéri. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison.

LXXXI

B. José, 23 ans. — 3-3-28, 31-3-28.

Opéré dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Appendice rouge, sphacélique, non perforé; pas de liquide dans le péritoine.

Opéré à l'infirmierie de porte, Docteur Bonnet, le 3-3; appendicectomie; fermeture partielle de la paroi.

Suites opératoires : A partir du 3^e jour après l'opération, la température s'élève à 40°, et y reste 8 jours : pneumonie de la base droite (vaccin Weill et Dufourt); guérison, sort le 31-3.

LXXXII

C. Joseph, 55 ans. — 27-3-28, 30-4-28.

Une crise antérieure.

Opéré à l'infirmierie de porte, Docteur Bonnet; appendicectomie; fermeture totale; pronostic réservé en raison de l'âge, de la friabilité du péritoine et de l'infiltration graisseuse du méso.

Suites opératoires : Très simples; part avec une cicatrice solide le 30 avril. Revu : Pas d'éventration, guérison totale.

LXXXIII

P. Pierre, 24 ans. — 6-9-29, 23-9-29.

Opéré dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Peu de lésions appendiculaires ; un peu de liquide et quelques fausses membranes péritonéales.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Pollosson ; appendicectomie ; fermeture ; un drain sous-cutané.

Suites opératoires : Simples, apyrexie à partir du 6^e jour.

LXXXIV

D. Eugène, 32 ans. — 11-11-29, 26-11-29.

Opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë.

Opéré à l'infirmerie de porte, le 11-11 ; Docteur Wertheimer ; appendicectomie ; fermeture totale.

Suites opératoires : Excellentes ; sort guéri le 26-11.

II

Appendicites aiguës avec drainage du péritoine

INCISIONS DE MAC BURNEY

I

B. Paul, 26 ans. — 1-7-27, 30-8-27.

Opéré au 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice en situation basse, très gros, rouge, extrémité en massue, recouverte d'exsudats blanchâtres.

Opéré à l'infirmerie de Porte, Docteur Tillier, A. G. éther, incisions de Mac Burney; appendicectomie; un drain sous-cæcal.

Suites opératoires : Drain enlevé au 5^e jour; le 10-7, la température oscille entre 38° et 39°5; le toucher rectal fait percevoir un peu d'empâtement dans le Douglas; glace; 20-7, *phlébite* du membre inférieur gauche immobilisation; le 30-7, après 10 jours d'apyrexie, mobilisation prudente, sans incident.

II

D. Alphonsine, 18 ans. — 25-5-26.

Opérée le deuxième jour.

Renseignements opératoires : Liquide louche dans le ventre; gros appendice sphacélé plongeant dans le pelvis.

Infirmierie de porte, Docteur Santy; incision de Mac Burney; appendicectomie; hémostase difficile du méso; un drain.

Suites opératoires : Non signalées.

III

C. Marcelle, 21 ans. — 6-1-28, 24-1-28.

Opérée à la 36^e heure.

Renseignements opératoires : Sérosité louche dans le ventre.

Infirmierie de porte, Docteur Guilleminet; incision de Mac Burney; appendicectomie; enfouissement; un petit drain dans le foyer appendiculaire; suture en trois plans.

Suites opératoires : Normales.

IV

V. Marie, 19 ans. — 2-9-28, 28-9-28.

Syndrome appendiculaire datant de 2 jours; diagnostic préopératoire; appendicite pelvienne.

Renseignements opératoires : Appendice pelvien très long, entièrement verdâtre avec plaques de gangrène; liquide louche dans le Douglas.

Infirmierie de porte, 2-9-28, Docteur Bertrand, A. G. K. éther; incision basse de Mac Burney; appendicectomie, enfouissement, 2 drains dans le Douglas, 2 mèches; pas de fermeture de la paroi.

Suites opératoires : La température dès le lendemain a été au-dessous de 38°; ablation du drain le 13-9. Revue en 1929 : éventration; pas de troubles digestifs.

2° Séjour, 20-10-30. — *Cure de l'éventration*. — Depuis l'appendicectomie santé excellente; s'est mariée il y a un an; pas d'enfant, pas de fausse-couche; 2 petites crises douloureuses depuis 6 mois dans la fosse iliaque droite.

Petite éventration constituée par un paquet épiploïque constamment hernié; rien aux orifices herniaires. Opération le 27-10-30. Professeur Tixier; cure radicale typique; résection d'un paquet épiploïque adhérent à la cicatrice; reconstitution de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — Guérison.

INCISIONS DE JALAGUIER

V

R. Marie, 23 ans. — 12-2-19.

Grande constipée, ayant eu déjà des crises douteuses; opérée dans les 24 heures; malade grasse, grande incision.

Renseignements opératoires : Beau cas d'appendicite; type folliculaire « angine appendiculaire »; appendice rétro-latéro-cæcal droit.

Intervention le 12-2-19. A. G. éther; longue incision de Jalaguier; 1 drain abdominal; 1 petit drain dans le tissu cellulaire.

Suites opératoires : Simples.

VI

B. Louise, 17 ans. — 7-7-21, 10-8-21.

Une première crise à 16 ans ayant duré 2 jours; 2^e crise, il y a 6 mois, de 4 jours; début de cette crise il y a 7 jours, plastron à droite.

Renseignements opératoires : Dès l'ouverture du péritoine, issue de pus fluide, nombreuses loges purulentes dans toute la partie droite de l'abdomen, de telle sorte que l'on peut penser au cloisonnement d'une péritonite appendiculaire; appendice adhérent au cæcum, très gros, rouge violacé.

Infirmierie de porte, Docteur Bonnet. A. G. éther; incision de Jalaguier; appendicectomie; enfouissement impossible; gros drain laissé dans la loge au voisinage du moignon appendiculaire; pronostic très réservé.

Suites opératoires : Sphacèle du tissu cellulaire de la paroi. Revue le 14-12-21 en bonne santé.

VII

A. Suzanne, 16 ans. — 15-9-26, 15-10-26.

C'est une première crise, opérée le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë gangréneuse, avec signes de péritonite diffuse.

Infirmierie de porte, Docteur Bonnet; incision de Jalaguier; appendicectomie; il vient du liquide purulent de tout le ventre; aspiration au Villard; gros drain dans le Douglas.

Suites opératoires : Sort guérie le 15-10; revue en 1929: pas d'éventration, guérison totale.

VIII

Epouse B. Marie, 43 ans. — 18-10-23, 11-23.

Troubles digestifs; a eu 7 grossesses. Opérée du 2^e au 3^e jour.

Renseignements opératoires : Sérosité purulente dans le péritoine; appendice interne et descendant, du volume d'un doigt, très congestionné, rempli de pus.

Opération d'urgence le 18-10, Docteur Rochet. A. G. éther, incision très grande de Jalaguier en raison de l'adiposité extrême; appendicectomie à l'ordinaire; un drain; fermeture des plans musculo-aponévrotiques.

Suites opératoires : Suites troublées par de la rétention persistante d'urine; pas d'abcès pelvien. Guérison.

IX

Epouse A., 49 ans. — 11-10-23, 15-11-23.

Pas de crise antérieure; opérée au 3^e jour; signes postérieurs au-dessus de la crête iliaque.

Renseignements opératoires : Un peu de sérosité louche; appendice rétro-cæcal inclus dans la paroi postérieure du cæcum; gangrène sans perforation.

Infirmerie de porte le 10-10, Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Jalaguier; appendicectomie laborieuse; un drain rétro-cæcal; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Suture secondaire au bout de 3 semaines; complètement guérie le 15-11. Réponse en 1929: Pas d'éventration, guérison complète.

X

Epouse P. Marie, 40 ans. — 2-4-24, 15-5-24.

Une crise antérieure il y a deux ans; opérée le 4^e jour; diagnostic difficile entre affection génitale et appendicite; au toucher, signes de collection pelvienne droite.

Renseignements opératoires : Dans le péritoine : liquide séro-purulent nauséabond; appendice en situation interne plongeant dans le petit bassin, très congestionné, turgescent, épaissi.

Infirmerie de porte, le 2-4; Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Jalaguier; appendicectomie; drainage pelvien et iliaque; fermeture musculo-séreuse; peau déhiscente.

Suites opératoires : Colpotomie le 8^e jour; suture secondaire le 23^e jour; sort guérie le 15-5. Réponse en 1929: Pas d'éventration, guérison totale.

XI

V. Anaïs, 18 ans. — 18-4-27.

Quelques crises abdominales antérieures qui se sont accompagnées de perte de connaissance; opérée le 6^e jour; durant cette crise la malade a eu de la diarrhée et plusieurs pertes de connaissance.

Renseignements opératoires : Appendice pelvien supérieur gangrené; liquide louche dans le péritoine.

Infirmierie de porte le 18-4, Docteur Rochet. A. G. éther, incision de Jalaguier; appendicectomie; drainage sous-cæcal; fermeture musculo-séreuse; abcès pelvien à craindre.

Suites opératoires : La température n'a pas baissé après l'opération ; dans les jours suivants plusieurs petits infarctus pulmonaires; *colpotomie* le 28, 1/2 litre de pus; à partir de ce jour, la température est revenue en deux bonds à la normale. Réponse en 1929: Pas d'éventration, guérison totale.

XII

Vve C., 43 ans. — 10-10-28, 6-11-28.

Une crise antérieure; opérée au 6^e ou 7^e jour de la deuxième.

Renseignements opératoires : Appendice libre, turgescant, avec une plaque de gangrène à sa partie moyenne; liquide louche.

Intervention le 12- 10, Docteur Caillot; incision de Jalaguier; appendicectomie; enfouissement; un petit drain dans la fosse iliaque; fermeture en trois plans et incomplète de la peau.

Suites opératoires : Bonnes. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

XIII

Epouse G., 24 ans. — 27-4-29, 16-9-29.

Une crise antérieure ancienne ; opérée au bout de 48 heures.

Renseignements opératoires : Liquide louche dans le ventre ; appendice énorme, rempli de pus brun chocolat.

Opération le 27-4, Docteur Rougemont. A. G. K. éther, incision de Jalaguier ; appendicectomie, enfouissement ; un drain ; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Normales.

XIV

Epouse M., 52 ans. — 23-4-29, 8-6-29.

Femme de 99 kilogs, opérée à la 48^e heure.

Renseignements opératoires : Appendice externe et postérieur noirâtre à la pointe.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Bertrand ; rachianesthésie : scurocaïne 10 centigr. excellente ; incision de Jalaguier ; appendicectomie, enfouissement ; un drain latéro-externe ; fermeture.

Suites opératoires : Le 25 ablation du drain ; la malade a eu de nombreux infarctus qui ont bien guéri ; sort le 8-6, la plaie non complètement cicatrisée, mais en bonne voie. Réponse en 1929 : pas d'éventration, guérison complète.

XV

N. Georges, 15 ans. — 11-2-29, 15-3-29.

Dans l'enfance, rougeole et début de broncho-pneumonie ; une petite crise appendiculaire à l'âge de 4 ans ;

depuis, bonne santé habituelle. Le 3-2, état grippal, avec température à 39° ; le 8-2 va bien et prend une purgation ; le lendemain douleur vive dans la fosse iliaque droite, pas de vomissement, s'alimente un peu, n'est pas allé à la selle, opéré le 3^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice non trouvé.

Opéré à l'infirmerie de porte le 11-2, Docteur Bertrand ; le malade ne se présente pas comme un appendiculaire certain. Il a évidemment une défense de la paroi à droite, il a vomi, sa température est à 38°7 ; mais de plus il a un état assez prostré, est même un peu essoufflé, et l'on pense à la possibilité d'une typhoïde ou d'une pneumonie, mais l'examen général, pulmonaire est négatif.

A. G. éther. 1^{re} incision de Mac Burney ; une petite quantité d'ascite dans le ventre. Découverte du cæcum qui ne peut être extériorisé ; on ne voit pas l'appendice ; fermeture de l'incision de Mac Burney (péritoine et muscles).

2^e incision de Jalaguier, par la même incision cutanée qui est un peu agrandie. On a sous les yeux tout l'angle ileo-cæcal, on y voit et sent de gros ganglions, probablement bacillaires, mais pas d'appendice, on recherche en vain celui-ci ; on va même jusqu'à décoller le cæco-côlon ascendant jusqu'à l'angle droit ; pas d'appendice rétro-cæcal. L'intervention a duré une heure ; l'anesthésie a été déplorable, on ne peut pas continuer plus avant une recherche qui paraît devoir rester infructueuse ; on laisse une mèche et un drain dans la zone de décollement rétro-cæcale, fermeture de la paroi.

Suites opératoires : Les 2 premiers jours après l'opération, le malade a présenté une température à 39°5, avec phénomènes pulmonaires : toux, dyspnée, expectoration muqueuse abondante sans point de côté, ni crachats hémoptoïques. Le 19-11 (8^e jour), ablation du drain

et de la mèche ; la cicatrice est bonne et se poursuit normalement. Le 15-3, le malade quitte le service en bonne voie de guérison et reviendra aux pansements.

2° *séjour* : 11-7-29. — Décès le 21-7-29.

Revient pour fistule appendiculaire.

Intervention le 17-7, Docteur Bertrand, Docteur Polloson. A. G. K. éther ; Incision passant par l'ancienne cicatrice, découverte du cæcum extrapéritonéal ; la fistule conduit en arrière du cæcum. En recherchant son insertion, on dépouille toute la loge du psoas qui est à nu ; ce faisant, on ouvre le cæcum, très adhérent en arrière, suture en 3 plans de la brèche cæcale.

Recherche d'abord infructueuse de l'appendice, que l'on parvient enfin à trouver, postérieur, dans le mésocôlon ascendant ; il est réduit à l'état d'un petit moignon, scléreux, perdu au milieu d'une multitude de ganglions lymphatiques, hypertrophiés ; appendicectomie ; enfouissement. La reconstitution de la paroi est infiniment difficile ; pas de péritoine en dehors pour fermer le ventre ; on est obligé de suturer le cæcum au péritoine pariétal antérieur ; suture musculaire en un plan au gros catgut par points séparés ; un très gros drain dans la loge du psoas.

Examen bactériologique : ganglion inoculé au cobaye le 17-7-29. Inoculation négative.

Suites opératoires : la température s'est élevée à 38°5 le soir de l'opération, et les trois jours suivants est restée aux environs de 39° ; le 4^e jour, température à 41° et mort avec des signes péritoniaux et de subocclusion intestinale.

Autopsie : Docteur Polloson ; localement les sutures de la perforation cæcale et du moignon appendiculaire ont parfaitement tenu ; on trouve cependant dans le grand ventre deux raisons qui expliquent la mort :

1° Une péritonite diffuse avec plaques fibropurulentes sur les anses grêles ; tout cela, du reste, assez discret ;

2° Une distension énorme de la moitié supérieure environ de l'intestin grêle ; la moitié inférieure, par contre, se présente rétractée comme l'intestin de poulet ; l'agent d'étranglement est formé par une coudure d'une anse grêle sur une plaque de péritonite.

En résumé, péritonite occlusive.

XVI

M. Henri, 16 ans. — 2-7-20, 22-7-20.

Opéré le 4^e jour.

Renseignements opératoires : appendice turgescant « en érection » ; à la coupe : très gros abcès folliculaire ulcérant la lumière circulairement ; épiploon rouge avec grosses veines dilatées thrombosées.

Intervention le 3-7, Docteur Bonnet. A. G. K. éther ; incision de Jalaguier ; appendicectomie sous-séreuse ; un drain. Circoncision dans le même temps opératoire.

Suites opératoires : Le 6-7, ablation du drain ; sort guéri le 22-7.

XVII

C. Pierre, 18 ans. — 12-2-24.

Pas de crise antérieure ; opéré à la 48^e heure.

Renseignements opératoires : Un peu de sérosité louche ; appendice fixe, rétro-cæcal, enchassé dans une logette contenant déjà du liquide putride, et présentant une plaque de gangrène, véritable typhlite aiguë qui fait redouter une ulcération ultérieure.

Intervention par le Professeur Tixier. A. G. éther ; incision de Jalaguier ; section première de la base, appen-

dicectomie rétrograde ; drain en sautoir, passant derrière le cæcum ; fermeture partielle de la paroi.

Suites opératoires : Remarquablement simples, chute rapide du pouls et de la température. Réponse en 1929 : pas d'éventration ; guérison complète.

XVIII

T. Aimé, 20 ans. — 12-3-24, 8-4-24.

Opéré le 3^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice en position latéro-cæcale ascendante complètement accolé à la paroi du cæcum, gangrène de la pointe.

Intervention, Docteur Bonnet. A. G. éther ; incision de Jalaguier ; appendicectomie rétrograde ; un drain dans l'espace latéro-cæcal ; fermeture de la paroi autour du drain.

Suites opératoires : le 8-4, guérison.

XIX

P., 24 ans. — 14-5-26, 17-6-26.

Trois crises antérieures.

Renseignements opératoires : Liquide louche intra-péritonéal ; appendice turgescent, rouge, petite plaque de gangrène à la base.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet. A. G. éther ; incision de Jalaguier ; appendicectomie, un drain paracæcal ; fermeture musculo-séreuse ; 2 points de rapprochement sur la peau.

Suites opératoires : Normales ; sort guéri le 17-6. Revu un mois après : bonne cicatrice, pas d'éventration.

XX

C. Joseph, 31 ans. — 22-6-26.

Première crise opérée dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Quelques plaques péritoniques membraneuses sur le grand épiploon ; petite quantité de liquide séro-purulent ; l'appendice semble peu malade.

Opération à l'infirmierie de porte, Docteur Rochet. A. G. éther ; incision de Jalaguier ; appendicectomie ; un drain ; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Dans les jours suivants, réaction pelvienne qui cède à des lavements chauds ; la température oscille, à partir du 5^e jour, entre 38° et 39°, on fait une ponction pleurale qui ramène du pus (odeur fétide) ; examen bactériologique : streptocoque et anaérobies ; le 10-7, *résection costale droite*. Les suites de la pleurotomie furent délicates. Exploration au lipiodol sous l'écran.

Nouvelle intervention avec résections costales et pleurale.

Amélioration. — Le malade sort le 9-10 et reviendra aux pansements. Revu guéri le 30-12.

En 1929, grosse éventration douloureuse sur toute la cicatrice. Par ailleurs, résultat excellent, pas de constipation.

XXI

C., 34 ans. — 26-10-26, 10-11-26.

Pas de crise antérieure ; à l'entrée, température 39°5 ; le malade a des signes assez difficiles à interpréter ; car on a la notion d'urines troubles et les phénomènes inflammatoires sont localisés à la région lombaire ; pour-

tant l'histoire clinique est celle d'une appendicite ; il existe une tuméfaction lombo-abdominale, surtout douloureuse au palper abdominal ; pas de psoitis.

Renseignements opératoires : Appendice dans la gouttière rétro-cæcale, remontant de la fosse iliaque jusqu'à la face antérieure du rein, au contact du foie ; il est gangrené, partiellement enfoui dans la paroi cæcale œdématiée.

Opéré à l'infirmerie de porte le 26-10, Docteur Bonnet ; le malade est préparé en vue d'une manœuvre lombaire éventuelle ; incision de Jalaguier haute ; appendicectomie ; drainage lombo-abdominal à l'aide d'un énorme drain.

Suites opératoires : Le drain est enlevé le 4^e jour ; suites opératoires simples ; le 10-11, part guéri, reviendra aux pansements. Réponse en 1929 : pas d'éventration, guérison complète.

XXII

C. Marius, 21 ans. — 23-3-27, 12-4-27.

Une crise antérieure ; la deuxième est opérée dans les 24 heures.

Résultats opératoires : Liquide louche dans le péritoine ; appendice avec fausses membranes sphacéliques.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Pollosson. A. G. éther ; incision de Jalaguier ; appendicectomie, enfouissement ; petit drain dans le Douglas ; fermeture subtotale des plans musculo-aponévrotiques.

Suites opératoires : Simples ; un peu de subictère des conjonctives ; sort guéri le 12-4. Réponse en 1929 : pas d'éventration, guérison totale.

XXIII

B. Pierre, 23 ans. — 24-4-27, 10-4-27.

Purgation la veille de la crise ; opéré le 2^e jour ; début par douleur en coup de poignard.

Résultats opératoires : Liquide purulent dans le péritoine ; appendice sphacélé.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Pollosson ; incision de Jalaguier ; appendicectomie ; pas d'enfouissement ; un drain dans le Douglas, un dans la région cœliaque ; fermeture séro-musculaire.

Suites opératoires : Normales ; sort entièrement guéri le 10-4. Réponse en 1929 : pas d'éventration, guérison complète.

XXIV

M. Charles, 26 ans. — 4-6-27, 30-6-27.

Pas de crise antérieure ; opéré dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Appendice descendant et interne en partie gangrené, avec un peu de liquide louche dans la fosse iliaque.

Opéré à l'infirmerie de porte le 4-6, Docteur Rochet ; incision de Jalaguier ; appendicectomie ; drain sous-cæcal ; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Simples. Revu en 1929 : pas d'éventration, guérison totale.

XXV

R. Louis, 32 ans. — 10-8-27, 30-8-27.

Première crise, opérée dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Un peu de liquide louche dans le péritoine ; appendice violacé, turgescents sans adhérence.

Opéré à l'infirmierie de porte, Docteur Tillier; incision de Jalaguier; appendicectomie; enfouissement; un drain; suture de la paroi, sauf de la peau.

Suites opératoires : Drain enlevé le 5^e jour; suites opératoires très simples. Revu en 1929 : Pas d'éventration, guérison complète.

XXVI

F., 33 ans. — 6-12-27, 5-1-28.

2 petites crises antérieures, opéré dans la journée.

Renseignements opératoires : Liquide louche péritonéal; appendice rétro-cæcal ascendant à la limite des lésions gangréneuses; pas de perforation.

Opéré à l'infirmierie de porte, Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Jalaguier; appendicectomie rétro-grade; drain sous-cæcal, fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Simples. Réponse : Pas d'éventration, guérison complète.

XXVII

C. Cyprien, 40 ans. — 17-3-28, 10-4-28.

Opéré le 4^e jour; est venu à pied à l'hôpital, courbé en deux par une douleur à prédominance lombaire; aucune réaction péritonéale, aucune contracture de défense.

Renseignements opératoires : Rien dans le péritoine, rien dans la fosse iliaque; l'appendice est rétro-cæcal, remontant haut, inclus dans la paroi postérieure du cæcum, gangrené, verdâtre.

Intervention le 17-3, Professeur Tixier; rachianesthésie, 10 centigr. scurocaïne; grande incision de Jalaguier; appendicectomie; un gros drain est couché der-

rière le cæcum ; lui-même est fixé par des points de catgut au péritoine pariétal, du côté du grand ventre. Pansement au sérum anti-gangréneux.

Suites opératoires : Simples (injections de sérum anti-gangréneux) ; sort guéri le 10-4. Revu en 1929 : Pas d'éventration.

R. Joannès, 33 ans, 12-5-28, 1-6-28.

Deux crises antérieures ; opéré à la 36^e heure.

Renseignements opératoires : Appendice sphacélé au niveau d'un très volumineux calcul stercoral.

Opéré à l'infirmerie de porte le 12-5, Docteur Pollosson. A. G. éther ; incision de Jalaguier ; appendicectomie, enfouissement ; un drain dans le Douglas, une mèche.

Suites opératoires : Le drain est enlevé le 3^e jour ; ablation de la mèche au 10^e jour ; suites opératoires simples. Revu en août 1928 : Bon état général, cicatrice satisfaisante ; à surveiller au point de vue éventration. Revu en 1929 : Résultat parfait, pas d'éventration.

XXIX

A. Léon, 14 ans. — 9-10-28, 17-11-28.

Opéré le 2^e jour.

Résultats opératoires : Bouchon épiploïque ; liquide purulent dans le ventre ; appendice gangréné méso-cæliaque, renfermant un calcul.

Opéré à l'infirmerie de porte, le 9-10, Docteur de Rougement ; incision de Jalaguier ; appendicectomie ; enfouissement impossible ; 4 mèches abdominales ; 2 drains ; l'épiploon n'est pas réséqué.

Suites opératoires : Au 5^e jour, ablation des mèches ; le 12^e jour, ablation du dernier drain ; le 3-11, la plaie est couverte de bourgeons, mal nourris, blafards ; pus

mal lié en abondance; le 17-11, sort; la plaie est presque complètement cicatrisée. Réponse en 1929 : Guérison complète.

XXX

M. Francis, 36 ans. — 7-10-28, 12-10-28.

Une crise antérieure ; opéré le 3^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice rétro-cæcal, gangrené à sa partie moyenne.

Opéré à l'infirmerie de porte le 7-10, Docteur de Rougemont ; incision de Jalaguier ; appendicectomie ; enfouissement ; deux mèches abdominales, un drain pelvien, un drain paracolique.

Suites opératoires : Normales ; réponse en 1929 : Pas d'éventration, se déclare guéri, tendance à la constipation.

XXXI

A. Charles, 23 ans. — 5-3-29, 8-4-29.

Une crise antérieure ; opéré à la 21^e heure ; température : 38° ; pouls : 80 ; défense très nette de la paroi ; sensibilité basse latéro-vésicale.

Renseignements opératoires : Appendice couché parallèlement au bord externe de la fosse iliaque et plongeant dans le pelvis ; tendu, dur, en érection, violacé avec une plaque de gangrène prête à se perforer.

Intervention le 5-3, Professeur Tixier ; incision de Jalaguier ; appendicectomie à l'ordinaire ; une mèche.

Suites opératoires : Le 7-3, température à 40°3 le matin, foyer de râles à la base droite; le lendemain crachats hémoptoïques ; le 8-3, la température tombe à 38°, et 2 jours après, elle sera à 37° ; le 9-3, ablation de la mèche ; sort le 8-4 complètement cicatrisé.

INCISIONS DE MAX SCHÜLLER

XXXII

V. Marcelle, 15 ans. — 19-10-23.

Malade habituellement constipée ; pas de crise antérieure ; opérée le 4^e jour.

Renseignements opératoires : Liquide louche dans le péritoine ; pas d'adhérence ; appendice descendant et interne ; gangrène complète de l'appendice sans perforation.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet, le 20-10 ; incision de Max Schüller ; appendicectomie à l'ordinaire, un drain, suture musculo-séreuse.

Pas de suites opératoires signalées. Revue en 1929 : Pas d'éventration ; guérison totale ; quelques douleurs lombaires.

XXXIII

M., Jeanne, 17 ans. — 26-8-25, 17-9-25.

Une première crise il y a trois mois, 2^e crise opérée le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Liquide séro-purulent en abondance ; appendice rouge, recouvert de flammèches purulentes.

Intervention par le Docteur Rochet. A. G. éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; un drain sous-cœcal ; fermeture musculo-séreuse ; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Simples, sort guérie le 17-9-25. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

XXXIV

H. Marguerite, 52 ans. — 29-9-28, 15-11-28.

Renseignements opératoires : Appendicite pelvienne avec appendice gangrené; péritonite aiguë généralisée.

Opérée d'urgence à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet; incision de Max Schüller; appendicectomie; drainage.

Suites opératoires : La malade, après des suites opératoires assez délicates, part chez elle le 15-11 en bonne santé; elle devra se faire faire des pansements. Le 16-11-29 revient avec large éventration le long de la cicatrice, rien par ailleurs.

XXXV

C. Léontine, 20 ans. — 15-8-25, 3-9-25.

Angine l'avant-veille de la crise; opérée dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Appendice très congestionné, plaques gangréneuses.

Opérée à l'infirmerie de porte, le 12-8-25, Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie; 1 drain para-cæcal; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Réponse en 1929 : Pas d'éventration; alternatives de diarrhée et de constipation.

XXXVI

P., 36 ans. — 24-4-24, 20-5-24.

Première crise il y a un mois, ayant duré 4 jours; 2°

crise opérée le 11^e jour ; petite masse arrondie au-dessus de l'ép.-il a. s.

Renseignements opératoires : Appendicite rétro-cæcale, externe, en voie de refroidissement ; une goutte de pus.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet, le 24-4. A. G. éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie rétrograde ; un drain sous-cæcal ; fermeture musculo-séreuse, la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Suppuration de la paroi ; réunion par seconde intention ; sort guérie le 20 mai. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

XXXVII

M. Jeanne, 44 ans. — 14-8-24, 25-9-24.

N'est pas constipée ; douleurs abdominales fréquentes, opérée au 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice en position pelvienne, turgescence ; gangrène de la pointe ; petit calcul stercoral.

Opérée à l'infirmerie de porte le 14-8, Docteur Rochet. A. G. éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie à l'ordinaire ; un drain ; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Le 24-8, abcès pelvien ; le 25-8, colpotomie : sort guérie le 25-9. Revue en 1929 : Petite éventration à la partie moyenne ; guérison.

XXXVIII

B. Andrée, 17 ans. — 17-2-26, 12-3-26.

Une crise en novembre 1925, ayant duré 3 jours ; début de la crise il y a 12 heures.

Renseignements opératoires : Appendicite pelvienne ; un peu de liquide louche dans la fosse iliaque ; calcul et gangrène de la pointe.

Opérée à l'infirmerie de porte le 13-2-26, Docteur Rochet. A. G. éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; drain sous-cæcal ; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : 1-3, suture secondaire ; sort guérie complètement le 12-3. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, tendance à la constipation avec légères coliques.

XXXIX

Epouse B. Claire, 57 ans. — 22-2-26, 29-4-26.

Une crise il y a 22 ans ; opérée au 3^e ou 4^e jour.

Renseignements opératoires : Appendicite aiguë.

Opérée à l'infirmerie de porte le 22-2-26, Docteur Ricard ; incision de Max Schüller ; côlon non accolé avec appendice méso-cœliaque ; appendicectomie ; drainage, agrafes.

Suites opératoires : Le 6^e jour, forte température à 40°5 ; on enlève toutes les agrafes et l'on découvre la plaie opératoire qui a une teinte blafarde et un léger sphacèle ; pansements locaux au sérum antigangréneux ; pendant 5 à 6 jours, forte température avec frissons ; la paroi s'est complètement ouverte ; puis amélioration progressive ; un petit infarctus sans suite le 25-3. Revue en 1929 : Grosse éventration.

XL

Epouse G. — 31-3-28.

Opérée le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Petite quantité de sérosité dans le péritoine ; appendice latéral externe verdâtre.

Intervention par le Docteur Bertrand. Rachianesthésie : 10 centigr. scurocaïne ; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; enfouissement ; une mèche au contact du foyer ; fermeture de la paroi autour ; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Ablation de la mèche le 5^e jour ; le 18^e jour : Infarctus ; revue en 1929 : Pas d'éventration sur cicatrice d'appendicectomie, mais petite éventration à la partie supérieure d'une incision de Kher ; guérison totale.

XLI

C. Robert, 19 ans. — 17-1-24, 10-3-24.

Deux crises antérieures ; opéré au début du 3^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice rétro-cæcal, fixé par de fausses membranes dans le sinus pariéto-colique ; lésion gangréneuse de la pointe.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet ; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; un drain ; fermeture séro-musculaire, la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Réponse en 1929 : Petite éventration ; souffre quelquefois de coliques abdominales.

XLII

E., 15 ans. — 24-6-24, 20-7-24.

Opéré le 4^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice rétro-cæcal

et externe, gangrène de la pointe oblitérée par des adhérences.

Opéré à l'infirmerie de porte le 24-6, Docteur Rochet. A. G. éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie rétrograde ; drain rétro-cæcal, fermeture musculo-séreuse, la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Sort guéri le 20-7.

XLIII

B. Alphonse, 31 ans. — 24-1-25, 19-2-25.

Une crise antérieure.

Opéré à l'infirmerie de porte le 24-1, Docteur Rochet ; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; un drain ; pas de fermeture de la peau.

Suites opératoires : 3^e jour, ablation du drain ; le 16^e jour, suture secondaire ; sort guéri le 19-2. Réponse en 1929 : Pas d'éventration ; alternatives de diarrhée et de constipation.

XLIV

R. Georges, 28 ans. — 28-1-25, 23-2-25.

Trépané de guerre ; deux crises antérieures, opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice rétro-cæcal faisant corps avec la paroi cæcale postérieure ; il est enroulé sur lui-même ; appendice enflammé.

Opéré à l'infirmerie de porte le 28-1, Docteur Rochet. A. G. K. éther ; incision de Max Schüller ; appendice rétro-cæcal difficile à trouver ; appendicectomie laborieuse ; gros suintement sanguin ; un drain rétro-cæcal ; fermeture séro-musculaire.

Suites opératoires : Suture secondaire le 18^e jour ; sort guéri le 23-2. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison.

XLV

M. Georges, 29 ans. — 18-5-25, 9-6-25.

Deux crises antérieures ; opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice très court, en situation descendante, enflammé, gangrène à la base (mésos infiltré).

Opéré à l'infirmerie de porte le 18-5, Docteur Rochet. A. G. K. éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie, à l'ordinaire enfouissement ; un drain sous-cæcal ; fermeture séro-musculaire ; la peau est laissée ouverte.

Le drain est enlevé le 2^e jour ; le 28-5, suture secondaire.

Suites opératoires : Sort guéri le 9-6. Revu en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

XLVI

O. Albert, 40 ans. — 15-9-25, décès le 21-9-25.

Opéré le 3^e jour ; à l'entrée : Mauvais état général, langue sèche, excitation, teint subictérique ; localement réaction péritonéale certaine avec douleur maximum à droite ; température, le matin : 41°5, pouls : 135 ; toucher rectal négatif.

Renseignements opératoires : Pas de liquide dans le ventre ; mais anses intestinales rouges, dilatées, frange ; graisseuses abondantes ; appendice minuscule, non perforé.

Intervention le 15-9, Docteur Rochet; incision de Max Schüller ; appendicectomie facile ; un drain sous-cæcal ; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Après une chute de température en deux étages (les 2^e et 3^e jours à 40°, le 4^e jour à 39°), réaction pulmonaire assez vive ; le malade semble tiré d'affaire ; drain enlevé le 3^e jour ; mais le 5^e jour, on a l'impression nette qu'il fait une péritonite diffusante ; le 7^e jour, décès par péritonite.

Autopsie : Péritonite généralisée, sans grosse réaction purulente, ni localisation d'abcès.

En résumé, il s'agit d'une appendicite toxique, avec péritonite diffusante malgré l'intervention, quoique celle-ci ait été suffisamment précoce, semble-t-il.

XLVII

L. Gabriel, 18 ans. — 27-7-26, 25-8-26.

Première crise, opéré à la 30^e heure.

Renseignements opératoires : Très long appendice rétro-cæcal, gangrené à la pointe.

Opéré à l'infirmerie de porte le 27-7, Docteur Ricard. A. G. éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie sous-séreuse ; un gros drain ; trois crins d'attache sur la peau.

Suites opératoires : Dans les suites opératoires : Sphacèle assez important de l'aponévrose ; sort le 25-8, complètement guéri. Revu en 1929 : Pas d'éventration a de la diarrhée ; actuellement tuberculose pulmonaire.

XLVIII

M., Joseph, 28 ans. — 24-12-27, 23-1-28.

Première crise opérée le 2^e jour.

Renseignements opératoires: Appendicite aiguë; gros gâteau épiploïque; appendice pré-cæcal, très volumineux; une cuillerée de pus.

Opéré à l'infirmerie de porte le 24-12, Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie; hémostase difficile; un drain; une petite mèche; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Simples; sort guéri le 23-1-28.

XLIX

Y. Adjgemino, 25 ans. — 20-3-28, 12-4-28.

Trois ou quatre crises antérieures; opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice gangrené à sa pointe et rétro-cæcal; pus dans le Douglas à odeur infecte.

Intervention par le Docteur Bertrand, rachianesthésie, 10 centigr. scurocaïne; incision de Max Schüller; appendicectomie; enfouissement; un drain et 3 mèches dans le Douglas; fermeture séro-musculaire, la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Le 7^e jour, alors que le drain et les autres mèches avaient été enlevés progressivement à partir du 6^e jour, la traction sur la mèche de cloisonnement amène l'issue d'un lambeau d'épiploon qu'on désinfecte et que l'on rentre; cet incident n'a pas eu de suites; sort le 12-5.

2^e séjour : 25-9-25, 3-11-25.

Revient avec une éventration du volume d'une mandarine, au niveau de la cicatrice d'appendicectomie.

1-10 : Intervention par le Docteur Bertrand, rachianesthésie; cure de l'éventration. Reconstitution de la paroi en trois plans; le plus difficile à reconstituer était le plan péritonéal; le 3-11, est en très bon état.

L

K. Otto, 27 ans. — 7-1-29, 8-12-29.

Opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice rétro-cæcal avec un cloisonnement épiploïque partiel et insuffisant ; appendice violacé, gangréneux, en voie de perforation.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Pollosson ; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; enfouissement ; fermeture musculo-aponévrotique sur une mèche rétro-cæcale.

Suites opératoires : Ablation de la mèche le 6^e jour ; et à partir de ce jour, la température descend progressivement ; suites opératoires simples. Revu en 1929 : Pas d'éventration ; tendance à la diarrhée.

LI

B. Jean, 37 ans. — 3-5-29, 8-6-29.

Blessé de guerre, reséqué de l'épaule ; plusieurs petites crises antérieures ; opéré à la 18^e heure.

Renseignements opératoires : Appendice gangréneux, descendant et interne.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet, A. G. éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; drain para-cæcal ; fermeture en un plan musculo-séreux.

Suites opératoires : Le 4-5, ablation du drain ; suites opératoires très simples ; sort guéri le 8-6. Revu ; Pas d'éventration ; guérison totale.

LII

T. Jules, 28 ans. — 12-7-29, 4-9-29.

Une crise antérieure ; opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Enorme appendice gangrené.

Opéré à l'infirmerie de porte le 12-8, Docteur Desjaques. A. G. éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; un drain et une mèche dans la fosse iliaque droite ; un crin sur la peau.

Suites opératoires : Ablation du drain le 17-8, de la mèche et du crin le 21-8 ; suites opératoires simples.

INCISIONS DE PAUL BONNET

LIII

Epouse G., 31 ans. — 30-3-28, 26-4-28.

Constipation ; opérée le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice gangréneux, rétro-cæcal.

Opérée à l'infirmerie de porte le 29-3, Docteur Pollosson ; incision iliaque basse de Bonnet ; appendicectomie ; enfouissement ; une mèche hémostatique est laissée en arrière du cæcum ; un drain dans le Douglas ; fermeture en 2 plans.

Suites opératoires : Simples ; ablation de la mèche le 4-4, du drain le 11-4 ; la malade n'a pas fait d'abcès pelvien. Revue en 1929 : Toute petite éventration ; guérison.

LIV

F. Antonia, 37 ans. — 23-6-29, 27-7-29.

Italienne, pas de renseignements.

Renseignements opératoires : Péritonite (début de diffusion) en relation avec une appendicite ; l'appendice a des lésions anatomiques peu considérables.

Opérée d'urgence à l'infirmerie de porte le 23-6, Docteur Bonnet ; incision iliaque basse transversale ; ligature des vaisseaux épigastriques ; exploration de l'utérus et des annexes ; ils sont un peu rouges, sans plus ; pus fluide dans le Douglas ; drain et mèche dans le Douglas.

Suites opératoires : Mèche enlevée le 5^e jour ; suites opératoires très simples.

LV

C. Hermine, 23 ans. — 7-3-25, 23-4-25.

Constipation habituelle ; première crise il y a un mois, d'une durée de 6 heures ; 2^e crise opérée au 2^e jour.

Renseignements opératoires : Liquide péritonéal ; appendice haut situé et adhérent à la face postérieure du cæcum ; pointe très altérée.

Opérée d'urgence à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet, le 7-3 ; incision iliaque basse ; appendicectomie de la base à la pointe très difficile en raison de sa situation haute ; le liquide du Douglas est complètement asséché ; fermeture totale.

Suites opératoires : La température s'élève à partir du 10^e jour ; toucher négatif. Au palper abdominal : Tuméfaction haut située, sous le foie ; le 20 intervention. A. G. ; par la même incision ; soulèvement du cæcum ; le doigt insinué sous lui pénètre sous son méso, dans un espace non accolé au péritoine pariétal, où l'on ouvre un abcès qui remonte au voisinage des insertions du mésentère ; on glisse un gros drain qui remonte très haut, et que l'on laisse 12 jours ; suites opératoires simples ;

guérie le 23-4. Réponse en 1929 : Pas d'événement ; grande constipation (en souffrait avant).

LVI

C. Claudia, 16 ans. — 8-9-26, 10-10-26.

Opérée en 1915 par le Docteur Delore pour hernie crurale droite ; première crise, opérée le 3^e jour.

Renseignements opératoires : Péritonite purulente ; appendice en voie de sphacèle.

Opérée d'urgence à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet ; incision iliaque basse transversale ; appendicectomie ; gros drain dans le Douglas.

Suites opératoires : Le 3^e jour changement de drain, suppuration abondante ; sortie le 11-10-26.

2^e séjour : 1-5-30.

Revient pour événement post-opératoire très douloureux.

Cure de l'événement le 3-5-30, Professeur Tixier. A. G. K. éther ; nombreuses adhérences épiploïques et caecale ; plaie opératoire du cæcum suturée ; épilploon enflammé ; fermeture en 3 plans, celui péritonéal est renforcé par les fibres du petit oblique et du transverse.

La disproportion entre le volume de l'événement et les douleurs accusées par la malade s'explique par les nombreuses adhérences entre l'intestin et la paroi et par l'inflammation de l'épiploon.

LVII

A. Louis, 29 ans. — 18-1-28, 4-2-28.

Pas de constipation, une crise antérieure ; opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Pus à l'ouverture du péritoine ; péritonite en voie de diffusion ; appendice énorme, adhérent partiellement.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet ; incision iliaque basse transversale ; appendicectomie ; enfouissement ; gros drain dans le Douglas ; fermeture séro-musculaire, la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Normales ; cicatrisation lente ; sort le 4-2 ayant encore besoin de pansements. Revu en 1929 : Pas d'éventration, guérison, constipation.

LVIII

N. André, 28 ans. — 17-6-28, 5-7-28.

Renseignements opératoires. — Appendicite aiguë, avec début de péritonite diffusante ; appendice violacé, noirâtre, non perforé.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet ; incision iliaque basse transversale ; appendicectomie ; enfouissement ; un drain dans le Douglas ; fermeture du péritoine autour.

Suites opératoires : Simples ; en rentrant chez lui, après l'opération, a eu une *phlébite* du membre inférieur gauche. Revu en 1929 : N'a pas d'éventration, se plaint de coliques et de diarrhée.

LIX

P. Emile, 19 ans. — 25-10-28, 13-11-28.

Renseignements opératoires : Péritonite diffusante.

Opéré à l'infirmerie de porte le 25-10, Docteur Bonnet ; incision iliaque basse transversale ; appendicectomie ; un drain dans le Douglas.

Suites opératoires : Simples ; sort le 13-11 ayant un bon état général et local, la plaie n'est pas complètement cicatrisée. Revu en 1929 : Pas d'éventration, guérison complète.

INCISIONS DE ROUX

LX

M. Jean-Baptiste, 39 ans. — 8-6-20, 2-7-20.

Début de la crise il y a 8 jours.

Renseignements opératoires : Péritoine lardacé très épais derrière lequel on trouve 2 à 3 cuillerées de pus épais, entre le cæcum en dedans, et l'appendice en dehors ; appendice très gros, en partie friable et plein de pus, contenant des oxyures.

Intervention le 10-6, Docteur Tavernier. A. G. éther ; incision de Roux, sur le plastron ; ablation en partie sous-séreuse de l'appendice ; suture péritonéo-musculaire ; un petit drain ; fils d'attente sur la peau.

Suites opératoires : Sort guéri le 2-7.

LXI

V. Louis, 47 ans. — 7-10-25, 9-11-25.

Une crise antérieure ; opéré dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Appendice rétro et latéro-cæcal externe, gangrené à sa partie moyenne avec calcul stercoral.

Intervention le 7-10, Docteur Rochet, incision de Roux ; appendicectomie à l'ordinaire ; un drain sous-cæcal ; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Simples ; le 26-10, suture secondaire ; le 9-11, sort complètement guéri. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

AUTRES INCISIONS ET INCISIONS NON SPÉCIFIÉES

LXII

M. Jeanne, 21 ans. — 19-4-22.

Opérée à la 19^e heure.

Renseignements opératoires : Péritonite diffuse, sérosité purulente ; appendice postérieur.

Opérée à l'infirmerie de porte le 19-4, Docteur Bonnet ; drainage lombaire 2 drains : 1^{er} dans la loge rétro-cæcale, le 2^e intrapéritonéal.

Suites opératoires : Ablation des drains le 3^e jour ; sort guérie le 20^e jour ; revue le 22-6-22 : Etat général excellent, local parfait, pas d'éventration.

LXIII

R. Andrée, 19 ans. — 16-10-25, 2-11-25.

Une première crise il y a trois mois ; opérée le 2^e jour de la seconde crise.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Richet ; appendicite aiguë avec liquide louche ; appendicectomie ; enfouissement ; un drain.

Suites opératoires : Réponse en 1929 : Pas d'éventration ; a eu 2 enfants depuis ; guérison, tendance à la constipation.

LXIV

D. André, 16 ans. — 5-4-26, 27-4-26.

Pas de crise antérieure ; opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice gangréné ; liquide louche dans le Douglas.

Intervention à l'infirmerie de porte le 5-4, Docteur Dechaume ; appendicectomie ; un drain dans le sillon pariéto-colique.

Suites opératoires : Simples ; sort le 27-4 ; décédé en 1928 d'affection cérébrale.

LXV

G. Marius, 17 ans. — 7-4-28, 16-3-28.

Première crise, opérée le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice rétro-cæcal en voie de perforation à sa base, avec méso complètement thrombosé, et paroi gangreneuse ; gros calcul stercoral.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Michon ; appendicectomie ; enfouissement ; un drain, une mèche hémostatique (crin repère), une mèche dans la cavité infectée ; une mèche interne de cloisonnement.

Suites opératoires : Ablation le 7^e jour de la dernière mèche et du drain ; suites opératoires simples : revu en 1929 : Petite éventration.

III

Abcès appendiculaires

INCISIONS DE MAC BURNEY

I

R. Pauline, 18 ans, 11-1-21, 21-1-21.

Opérée au 3^e jour à l'infirmerie de porte.

Renseignements opératoires : Très gros abcès antéro-interne à peine cloisonné ; appendice antéro-interne vert, avec perforation de la pointe au contact d'un gros calcul.

Intervention par le Docteur Leriche ; rachianesthésie ; incision de Mac Burney ; appendicectomie ; une mèche, un drain.

Suites opératoires : Sort guérie.

II

Epouse M., 51 ans. — 31-10-27, 29-1-28.

Troisième crise datant de 11 jours ; dans ses antécédents, crises de rhumatisme articulaire aigu.

Renseignements opératoires : Abcès appendiculaire.

Opérée à l'infirmerie de porte le 31-10 ; incision de Mac Burney ; pas d'appendicectomie ; un drain.

Suites opératoires : D'abord simples. Le 6^e jour : Fistule stercorale qui se tarit spontanément le 10^e jour ; on doit remettre un drain dans la plaie le 10^e jour. Le 15^e jour : Phlébite du membre inférieur gauche ; sang-

sues, gouttière. Le 7-1-28, les signes phlébitiques sont réduits au minimum : Encore un peu d'œdème dans le tissu cellulaire ; peu d'hydarthrose, mais raideur articulaire ; l'évolution (douleur, température, durée) n'a pas été longue.

Depuis son opération, état excellent. Ewentration.

2^e séjour : 16-5-28, 14-6-28.

Nouvelle crise le 10-5, opérée le 6^e jour.

Renseignements opératoires : Le diagnostic est : Appendicite aiguë ; mais d'un caractère un peu particulier. La malade a une éwentration, au niveau de la cicatrice, il existe une rougeur très spéciale en même temps qu'une induration superficielle. Il semble bien s'agir d'un abcès appendiculaire avec prolongement sous-cutané.

Opération le 16-5, Docteur Bertrand ; rachianesthésie : 10 centigr. scurocaïne, excellente. Incision dépassant largement en bas l'incision précédente ; on entre facilement dans la grande cavité péritonéale. On est obligé de se reporter en haut, et l'on tombe sur l'appendice au milieu d'un abcès cloisonné ; appendicectomie, enfouissement ; 2 mèches, l'une en dedans, l'autre en dehors ; un drain ; toute la paroi est laissée ouverte, sauf à la partie inférieure où l'on ferme les muscles et le péritoine.

Suites opératoires : Ablation des mèches le 6^e jour ; ablation du drain le 15^e jour ; suites opératoires simples. Réponse en 1929 : Très grosse éwentration ; souffre de sa phlébite ; pas de troubles intestinaux.

III

J. Pascal, 27 ans. — 16-11.

Crise datant de 5 jours ; signes d'abcès dans la fosse iliaque.

Renseignements opératoires : Gros abcès limité en partie par une anse grêle distendue et plongeant dans le pelvis ; appendice gangrené et sectionné à sa base ; il est contenu dans le mésentère, et sa pointe se recourbant derrière le cæcum se trouve dans la racine du méso-côlon ascendant.

Opéré à l'infirmierie de porte, Docteur Ricard ; rachianesthésie ; incision de Max Burney ; en raison de sa situation et de son état gangréneux qui empêche toute traction, on laisse l'appendice en place ; 4 mèches de cloisonnement sont laissées ; on ajoute 2 mèches, une de chaque côté de l'anse grêle plus superficielle.

Le 19-11, on retire légèrement les mèches ; l'état général est satisfaisant ; le ventre est peu tendu, nullement douloureux ; présence d'une fistule stercorale.

Suites opératoires : Guérison.

IV

D. Moïse, 36 ans. --- 13-2-26, 19-3-26.

2 petites crises antérieures ; opéré le 15^e jour.

Renseignements opératoires : Abcès à pus très fétide, du volume d'une mandarine ; moignon appendiculaire sphacélé, en position rétro-cæcale.

Intervention le 13-2, Docteur Pollosson ; incision de Mac Burney ; on est gêné au cours de l'intervention par une incision un peu courte et un cæcum adhérent au péritoine pariétal ; il est impossible d'extérioriser l'appendice ; on se contente de placer une pince à demeure sur sa base ; 4 mèches autour d'un drain volumineux ; 4 crins totaux ferment lâchement la plaie.

Suites opératoires : Simples ; sort guéri le 19-3. Revu le 5-6-26 en bon état. Revu en 1929 : Eventration de chaque côté de la cicatrice cutanée.

V

M. Marcel, 16 ans. — 7-9-29, 7-10-29.

Opéré le 4^e jour ; signes d'abcès.

Renseignements opératoires : Abcès ; appendice très long, rétro-cæcal remontant sous le foie ; gangrené et perforé ; un calcul stercoral.

Opéré à l'infirmerie de porte le 7-9 ; incision de Mac Burney sur l'abcès ; appendicectomie ; enfouissement ; un drain dans le Douglas ; une mèche en dedans et une sous le foie ; on laisse tout ouvert.

Suites opératoires : Très bonnes ; le drain est enlevé le 6^e jour et les mèches le 8^e jour ; sort le 7-10, ne présentant plus qu'une petite plaie superficielle.

INCISIONS DE PAUL BONNET

VI

G., épouse M., 58 ans. — 16-10-28, 26-11-28.

Crise il y a 14 jours ; à l'entrée : Gros abcès dans la fosse iliaque, bas et externe.

Renseignements opératoires : Appendicite des gens âgés ; énorme abcès a pus verdâtre, d'odeur putride ; très épais ; cloisonnement organisé de sa cavité.

Intervention le 16-10, Docteur Bonnet. A. G. éther ; incision iliaque basse transversale, large ; le cloisonnement de l'abcès empêche la recherche de l'appendice ; 2 drains et une mèche imprégnée de Dubard.

Suites opératoires : Le 2-11, application de sangsues pour léger œdème du membre inférieur ; la malade part en convalescence le 26-11.

VII

V. Elisa, 16 ans. — 22-12-29, 20-1-30.

Une crise antérieure.

Renseignements opératoires : Appendice gangrené et perforé à sa pointe ; abcès adhérent au dôme vésical ; coque d'épliploïte suppurée.

Opérée d'urgence à l'infirmerie de porte le 22-12, Docteur Pollosson ; incision iliaque basse transversale ; appendicectomie ; un drain dans le Douglas ; une mèche sur le dôme vésical ; une mèche dans la région appendiculaire.

Suites opératoires : Le 24-12, ablation du drain ; le 30-12, la plaie est en excellent état, ablation des mèches ; le 4-1-30, suppuration abdominale ; le 20-1-30, la malade part guérie.

VIII

P. Emile, 18 ans. — 13-3-25, 28-3-25.

Opéré le 4^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice coiffé par l'épiploon sous lequel une nappe de pus couvre l'appendice ; il plonge dans le pelvis, adhère aux vaisseaux iliaques, est en voie de perforation.

Intervention le 14-3, Docteur Bonnet ; incision iliaque basse transversale ; le cæcum bombe dans la plaie ; appendicectomie à l'ordinaire ; enfouissement ; un drain dans le Douglas ; suture des téguments autour du drain.

Suites opératoires : Le drain est enlevé le 5^e jour ; suites opératoires très simples ; sort le 28-3 ; Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

IX

G., Léon, 22 ans. — 18-6-26, 19-7-26.

Première crise opérée le 4^e jour ; une purgation.

Renseignements opératoires : Petit abcès.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet; incision iliaque basse transversale ; appendicectomie ; un drain.

Suites opératoires : Le 19-6, ablation du drain ; suites opératoires simples ; sort guéri le 15-7.

X

B. Louis, 15 ans. — 12-10-27, 11-11-27.

Pas de crise antérieure ; opéré le 4^e jour ; signes d'abcès ; toucher rectal : Douglas un peu infiltré.

Renseignements opératoires : Le cæcum est plaqué sur un abcès gangréneux, qui s'ouvre dès qu'on libère le cæcum ; pointe de l'appendice amputée ; calculs libres dans le ventre ; coiffe épiploïque rouge qui est respectée.

Intervention par le Docteur Bonnet; incision iliaque basse transversale ; appendicectomie ; gros drain dans le Douglas ; mèche de cloisonnement au-dessus ; on laisse ouvert.

Suites opératoires : Excellentes ; apyrexie à partir du 10^e jour ; (vaccinothérapie).

INCISIONS DE JALAGUIER

XI

B. Marie, 18 ans. — 17-4-19.

Première crise ; début il y a 15 jours (soignée chez elle) ; à l'entrée : Plastron dans l'hypocondre ; grosse

défense de la paroi ; gêne de la miction ; pouls : 130 ; toucher rectal : Abscess qui bombe dans le rectum avec écoulement de glaires.

Renseignements opératoires : Appendicite pelvienne.

Opération d'urgence ; rectotomie (beaucoup de pus) ; le 21-4, ablation du drain ; le 1-5, depuis 5 jours, la température est remontée ; le pouls est plus élevé ; plusieurs vomissements : L'appendicectomie est décidée.

Intervention secondaire. A. G. éther ; incision de Jaguier ; masse épiploïque péri-appendiculaire avec une goutte de pus ; appendice en position interne et antérieure ; petite perforation près de sa base, pas de pus ; lavage à l'éther ; un drain rétro-cæcal ; suture totale de la paroi, sauf de la peau.

Suites opératoires : Infarctus pulmonaire droit ; sort guérie et cicatrisée le 9-6-19.

2^e séjour : 13-12-20, 8-1-21.

Revient pour éventration consécutive à l'appendicectomie.

Cure radicale le 16-12-20. A. G. K. éther, Docteur Murard ; suture en plusieurs plans : un plan péritonéal ; un plan musculaire, y compris du tissu fibreux qui sert de crête d'appui ; un plan constitué par l'aponévrose du grand oblique ; drainage sous-cutané.

Suites opératoires : Excellentes ; sort guérie avec une paroi solide. Réponse en 1929 : Est complètement guérie, travaille comme avant sa première opération.

XII

P. Florence, épouse B., 35 ans. — 27-9-19.

Ni diarrhée, ni constipation ; une crise en avril 1919 qui a duré 4 jours. Début de la crise le 8-9 ; est soignée

depuis trois semaines chez elle pour appendicite avec de grandes oscillations de température. A l'entrée, le 27-9 : Gros abcès dans la fosse iliaque et le Douglas qui bombe dans le rectum.

Renseignements opératoires : Liquide louche dans le péritoine ; abcès pelvien cloisonné par de nombreuses loges. Le segment ileo-cæcal forme un magna qui fait adhérer l'iléon au cæcum sur une étendue de 5 à 6 centimètres ; appendice décapité et non trouvé.

Intervention par le Docteur Bonnet, incision de Jalaguier ; pas d'appendicectomie ; gros drain dans le Douglas ; cloisonnement de la loge inflammatoire avec l'épiploon ; on laisse tout ouvert.

Suites opératoires : Simples. Réponse : Guérie par l'opération ; est décédée le 3-3-27 de crise d'urémie.

XIII

C. Joséphine, 18 ans. — 12-2-20, 9-4-20.

Début de la crise il y a 8 jours (le 3-2) par douleur violente ; entre avec signes d'abcès iliaque bombant dans le rectum.

Renseignements opératoires : Abcès ; on est conduit rapidement sur le pus qui sort en abondance, jaunâtre, très fétide, gangréneux ; l'appendice a pu être enlevé ; il était entièrement libre.

Opération d'urgence (12-2), Docteur Bonnet. A. G. K. éther ; incision de Jalaguier ; appendicectomie ; drainage peu profond, entouré de mèches.

Suites opératoires : Sort guérie le 9-4 ; éventration.

2^e séjour : 14-8-20, 10-9-20.

Cure radicale le 20-8-20. A. G. K. éther, Docteur Bonnet ; le contenu herniaire est formé exclusivement d'épi-

ploon; dissection minutieuse de tous les plans pariétaux et reconstitution anatomique aussi méthodique que possible; drainage sous-cutané.

Suites opératoires : Normales.

XIV

B. Louise, 16 ans. — 15-6-21.

Début de la crise il y a 17 jours. Abscessus appendiculaire latéro-cæcal qui paraît à la percussion déborder en avant.

Renseignements opératoires : Abscessus latéro-cæcal très fétide, stercoral; appendice décapité trouvé libre dans l'abscessus.

Opération le 17-6, Professeur Tixier. A. G. K. éther; grande incision de Jalaguier; cloisonnement minutieux; ouverture de l'abscessus; suture au catgut de la perforation cæcale; paroi cæcale œdémateuse infiltrée déperitonisée faisant craindre l'apparition d'une fistule; drainage par la fosse lombaire; fermeture de l'incision antérieure, sauf de la peau.

Suites opératoires : Le 6^e jour, température; désunion de la paroi musculo-aponévrotique par infection et sphacèle; par la suite suppuration abondante de la paroi; guérison. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

XV

D., veuve T., 66 ans. — 13-7-23.

3 crises douloureuses abdominales antérieures; début de la crise actuelle le 8-7. Le jour de l'entrée : Etat de subocclusion; on pense à un cancer de l'S iliaque, avec une arrière-pensée pour la vésicule; le maximum de douleur est à droite.

Renseignements opératoires : Abscess appendiculaire chez un vieillard ; abcès rétro-cæcal à odeur stercorale ; l'appendice a du pus à l'intérieur ; la muqueuse est extrêmement fongueuse, mais n'a pas de perforation ; un gros épaissement des tuniques ; peut-être appendicite chronique réchauffée.

Opération le 13-7, Docteur Bonnet. A. G. éther ; incision de Jalaguier ; cæcum et anses grêles distendues ; des adhérences de l'épiploon à la région iléo-cæcale attirent l'attention de ce côté ; ouverture d'un abcès à pus verdâtre fécaloïde ; gros appendice rétro-cæcal ; drain dans le foyer ; fermeture de la paroi autour.

Suites opératoires : Non signalées. Réponse en 1929 : Eventration de la grosseur d'un œuf ; pas de troubles intestinaux.

XVI

B. Louise, 64 ans. — 6-24.

Opérée le 4^e jour.

Renseignement opératoires : Appendicite chez un vieillard ; abcès externe ; cæcum cartonné, pseudonéoplasique ; appendice postérieur gangrené sur une très grande étendue.

Opéré à l'infirmerie de porte. Docteur Bonnet ; A. G. éther ; incision de Jalaguier ; recherche de l'appendice malgré de grandes difficultés ; appendicectomie ; on laisse le cloisonnement par les compresses ; 2 gros drains de drainage lombo-abdominal.

Suites opératoires : Les drains sont enlevés le 4^e jour ; guérison. Revue en 1929 : assez grosse éventration non douloureuse ; légèrement constipée (pas plus qu'avant).

XVII

M. Augusta, 20 ans. — 9-1-23, 17-2-23.

Début il y a trois jours. A l'entrée, température : 39° ; pouls : 110 ; aspect très infecté.

Renseignements opératoires : Très peu de sérosité péritonéale ; abcès contre le bord externe du cæcum d'odeur stercorale ; appendice franchement rétro-cæcal remontant très haut ; gangrené à la pointe ; très adhérent au cæcum qui a des parois inflammatoires très épaissies ; à redouter perforation secondaire du cæcum au niveau de la niche appendiculaire.

Opérée à l'infirmerie de porte le 9-1-23, Docteur Bonnet ; incision de Jalaguier ; loge cæcale enfouie sous un surjet au catgut ; gros drain placé sous le cæcum à enlever très vite (de crainte d'une fistule) ; fermeture du péritoine au-dessus.

Suites opératoires : 22-1-23, abcès pelvien ; le 23-1, colpotomie, gros drain ; le 17-2, sort complètement guérie. Revue le 27-7-23 : Cicatrice chéloïdienne ; pas d'éventration.

XVIII

M. Marie, 20 ans. — 6-7-23.

Une crise nette il y a 6 ans. La 2^e est opérée au 6^e jour ; à l'entrée, pouls : 128 ; température : 38°3 ; plastron.

Renseignements opératoires : Dans le péritoine liquide louche séro-purulent, légèrement hémorragique, cæcum noirâtre ; abcès en arrière du cæcum ; appendice rétro-cæcal, coudé, énorme, noirâtre, perforé en un point de gangrène limitée. A l'ouverture, muqueuse gangrénée ; fragments de calculs au niveau de la perforation.

Intervention le 6-7-23, Docteur Bonnet. A. G. éther; incision de Jalaguier; appendicectomie; enfouissement; assèchement de l'abcès; drainage du Douglas; fermeture du plan musculo-aponévrotique; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Guérison.

XIX

S. Jeanne, 15 ans. — 19-1-24, 17-3-24.

Pas de crise antérieure; opérée au 7 jour; symptômes de gros abcès iliaque.

Renseignements opératoires : Abcès antéro-externe; appendice gangrené; le fond du cæcum est cartonné et violacé (réserves pour fistule post-opératoire).

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Jalaguier; appendicectomie, enfouissement large; un drain sous-cæcal; fermeture musculo-séreuse; la peau n'est pas fermée.

Suites opératoires : Le 5^e jour, petite fistule stercorale qui s'est rapidement fermée au 9^e jour; au 9^e jour, abcès pelvien; rectotomie médiane (vierge); la fistule est réapparue du 5 au 10 février. Sort guérie le 17-3. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale; un peu de constipation.

XX

Epouse B., 22 ans. — 2-4-24.

Antécédents tuberculeux; pas de crise antérieure; opérée au 4^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice postéro-externe avec petit abcès; gangrène de la base.

Opérée à l'infirmierie de porte le 2-4, Docteur Rochet. A. G. éther ; incision de Jalaguier ; appendicectomie ; un drain rétro-cæcal ; fermeture musculo-séreuse ; peau déhiscente.

Suites opératoires : Guérison.

XXI

G. Louise, 38 ans. — 23-1-26, 18-2-26.

5 crises dans l'année ; début de la dernière 6 jours avant l'entrée ; la malade a un goître basedowifié qu'elle se fera opérer 5 mois après.

Renseignements opératoires : Appendice énorme, méso gros ; à l'ouverture de l'appendice, pus épais, dans partie distale ; 2 diaphragmes à la partie moyenne limitant un abcès qui s'est perforé dans le méso.

Intervention le 23-1, Professeur Tixier, A. G. éther ; incision de Jalaguier qui est agrandie en bas ; appendicectomie ; un gros drain dans le pelvis ; fermeture partielle de la paroi.

Suites opératoires : Le 18-2 quitte le service ; bonne cicatrice, bon résultat ; revue en 1929 : Eventration moyenne ; pas de troubles intestinaux.

XXII

B., 20 ans. — 2-2-26, 2-3-26.

Pas de crise antérieure ; début il y a 15 jours ; collection bombant dans le rectum.

Renseignements opératoires : Abcès pelvien.

1° Colpotomie, Professeur Tixier, le 3-2.

2° Le 9-3-26, Professeur Tixier ; 34 jours après la colpotomie, la malade a un état général parfait et de-

mande l'opération ; incision de Jalaguier grande et basse ; l'appendice est rouge, tendu, encore nettement enflammé, avec abcès à sa partie moyenne au niveau d'une perforation ; appendicectomie ; enfouissement ; on hésite à drainer ; pas de drain ; fermeture des plans profonds, en laissant la peau ouverte serrée sur un tampon.

Suites opératoires : Excellent résultat opératoire.

XXIII

Epouse L., 77 ans. — 11-8-27, décès 6-10-27.

Opérée le 25^e jour ; pas d'occlusion manifeste.

Renseignements opératoires : Abcès appendiculaire en voie de résorption ; cæcum dilaté.

Intervention le 25-8, Docteur Pollosson ; anesthésie locale ; longue incision de Jalaguier ; ligature des vaisseaux épigastriques ; appendicectomie ; une petite mèche ; devant dilatation cæcale, on ferme sur cæcostomie.

Suites opératoires : Fistule cæcale persistante, nombreuses escarres ; décès le 6-10-27. Autopsie : le cæcum et le côlon ascendant présentaient une double coudure en S maintenue par des adhérences.

XXIV

Veuve G., 61 ans. — 7-7-28, 4-8-28.

Pas de crise antérieure, traces de sucre, pas d'albumine dans les urines ; opérée le 9^e jour (purgation). A l'entrée : Plastron en voie de refroidissement, expectative ; mais le 11-7, la température remonte, énorme tuméfaction englobant le cæcum et le côlon ascendant, allant sous le foie et se continuant en bas.

Renseignements opératoires : Appendicite des gens

âgés. Gros abcès recouvert par l'épiploon infiltré; appendice perforé et gangrené.

Intervention le 11-7, Professeur Tixier. A. G. éther ; grande incision de Jalaguier ; le péritoine est libre ; protection soignée ; on enlève le tablier épiploïque très épais ; flot de pus fécaloïde ; on libère le cæcum ; tout autour de lui série de poches plus ou moins purulentes ; appendicectomie en sous-séreuse ; pas d'enfouissement ; de larges placards cartonnés sur le cæcum sont déperitonisés ; un gros drain dans le Douglas ; 3 compresses imbibées de sérum polyvalent ; tout est laissé ouvert.

Suites opératoires : Le 19-7, Professeur Tixier, suites opératoires remarquablement simples au point de vue péritonéal ; les fonctions digestives et vésicales ont été rapidement normales ; localement sphacèle considérable des aponévroses et du tissu cellulaire ; aujourd'hui, existence d'une petite fistule stercorale ; impossible de reconnaître si elle est appendiculaire ou cæcale. Le 4-8-28, la malade sort à peu près complètement guérie. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison ; tendance à la constipation.

XXV

G. Henri, 30 ans. — 30-7-20.

Antécédents : Entérite amibienne contractée dans le Sud tunisien ; syphilis récente ; opéré le 3^e jour.

Renseignements opératoires : Pus dans le péritoine ; le cæcum haut situé oblige à prolonger la cicatrice en haut ; sous une coiffe épiploïque que l'on soulève, se trouve une coque purulente d'un pus différent de celui du grand ventre ; appendice rouge « en érection » ; le cæcum a une plaque de gangrène à un centimètre de l'insertion appendiculaire ; les lésions sont surtout cæcales et gangréneuses ; infiltration cartonneuse ; présence de pus sous le foie.

Opération le 30-7, Docteur Bonnet. A. G. K. éther; incision de Jalaguier basse; appendicectomie; suture de la perforation gangréneuse cæcale au catgut, prenant très loin la séreuse; deux énormes drains: 1 sous le foie et 1 dans le Douglas; une large compresse dans le foyer; un seul crin total;

Suites opératoires: Dans les suites qui furent simples (ablation des drains et de la mèche le 8^e jour), a eu un abcès de la marge de l'anūs, évacué spontanément, qui a été le point de départ d'un abcès de la fosse ischio-rectale gauche qui fut incisé le 15-9; traitement spécifique au néo. Guérison.

XXVI

C. Antoine, 18 ans. — 7-9-20.

Opéré le 15^e jour; diagnostic pré-opératoire: Appendicite avec abcès pelvien iliaque gauche et lombaire droit.

Renseignements opératoires: Appendice en position descendante, baignant dans un petit abcès qui se prolonge dans le pelvis; abcès lombaire très haut en arrière du côlon ascendant; grosse collection isolée dans la fosse iliaque gauche.

Intervention le 8-9, Docteur Murard; incision de Jalaguier: 1^o appendicectomie; 2^o ouverture au doigt de l'abcès pelvien; un drain entouré de gaze est placé dans le pelvis; 3^o recherche de l'abcès lombaire que l'on trouve très haut en décollant le côlon ascendant sur son bord externe; contre-ouverture lombaire; un drain; 4^o incision iliaque gauche sur la collection perçue: un drain.

Suites opératoires: Très simples; le malade part cicatrisé sans aucun incident un mois et demi après.

XXVII

P. Louis, 27 ans. — 22-12-21.

Tendance à la constipation ; a été prisonnier en Allemagne ; n'a jamais vu d'ascaris dans ses selles ; opéré le 20^e jour ; abcès abdomino-pelvien ; signes généraux très marqués.

Renseignements opératoires : Liquide louche dans le péritoine libre ; énorme abcès pelvien qui renferme un gros ascaris vivant ; appendice gangrené et perforé au voisinage de la pointe.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet ; incision basse de Jalaguier ; appendicectomie ; gros drain dans le Douglas.

Signes opératoires : Le malade conserve encore pendant trois jours des signes généraux graves ; puis sous l'influence du traitement se remonte peu à peu ; une purgation précoce fait évacuer 10 ascaris ; le 2-1-22, état général excellent ; plaie en bonne voie. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

XXVIII

C. Charles, 12 ans. — 22-12-21.

Première crise opérée au 3^e jour ; réaction au niveau du psoas.

Renseignements opératoires : Un peu de liquide louche dans le péritoine ; abcès rétro-cæcal volumineux contenant du pus glaireux à odeur stercorale ; appendice ascendant postérieur.

Opéré à l'infirmerie de porte le 22-12, Docteur Bonnet ; incision de Jalaguier basse, s'arrêtant au contact de l'épigastrique ; appendicectomie ; pas d'enfouisse-

ment; contre-ouverture lombaire (œdème verdâtre des plans musculaires, œdème sous-séreux); drain énorme allant de la région lombaire à la plaie abdominale; compresse froissée autour du drain.

Suites opératoires : Les jours suivants, état général grave; température élevée; pouls très rapide, à 160; le 4^e jour, la température baisse au voisinage de 38°, le pouls à 140; brusquement, au 5^e jour, il tombe à 116 et se maintient aux environs de 110; compresses progressivement enlevées; le 8^e jour, fistule stercorale; on pense qu'il s'agit du moignon appendiculaire, mais au bout de quelques jours, on voit un bouchon muqueux à la face antérieure du cæcum; le drain abdominal est enlevé le 9^e jour; pas d'abcès résiduel; poussée thermique le 11-1-22 qui n'eut pas de suite.

Deuxième séjour. — 6-6-22, 29-6-22.

Revient pour fistule appendiculaire.

Intervention le 14-6, Docteur Bonnet; on obture d'abord en bourse, à l'aide d'une soie, la partie cutanée de la fistule; on excise alors la cicatrice cutanée et on va à la recherche des plans aponévrotiques et du muscle G. droit; on ouvre le péritoine loin du cæcum, et on circonscrit le cæcum en le libérant du péritoine pariétal; petit à petit on arrive à isoler le cæcum que l'on extériorise sur un champ de compresses et on traite la fistule en réséquant une partie des parois cæcales; fermeture des parois cæcales en trois plans; on libère alors le grand épiploon qui est adhérent et saigne un peu; 2 ou 3 points hémostatiques. Fermeture de la paroi en plans séparés; on laisse les plans cutanés ouverts.

Suites opératoires : Le 29-6, le malade sort après guérison; bonne cicatrisation de la paroi. Réponse en 1929: Pas d'éventration, guérison totale.

XXIX

B. Pierre, 53 ans. — 14-2-22, 9-3-22.

Pas de troubles intestinaux antérieurs; opéré au 30^e jour.

Renseignements opératoires : Appendicite des gens âgés; péritoine libre; abcès résiduel, forme tumeur, couché parallèlement au rebord du détroit supérieur en dedans, au contact des vaisseaux iliaques externes. L'appendice est au milieu de fongosités purulentes; il est recroquevillé sur lui-même, et se détache à sa base du cæcum; à ce niveau le cæcum est infiltré, lardacé; on pourrait croire qu'il s'agit de tuberculose ou même de cancer; mais on sait qu'il en est ainsi dans les abcès résiduels, et l'on se garde bien, comme on l'a trop fait, de réséquer cette partie inférieure du cæcum.

Intervention le 16-2, Professeur Tixier; incision de Jalaguier; protection minutieuse; l'abcès est ouvert de bas en haut en décollant le cæcum; la difficulté consiste à enfouir la perforation cæcale; on fait trois plans d'enfouissement, et comme la surface ouverte est large, et que l'on ne peut pas répondre absolument de la fermeture de l'appendice, on place un drain en anse; l'hémotase n'est pas parfaite; une mèche pour barrer l'entrée du Douglas; fermeture soignée de la paroi qui laisse sortir les deux extrémités du drain et la mèche.

Suites opératoires : Le 17-2, premier pansement; température: 38°; le 18-2, ablation de la mèche; le 9-3, part en bon état.

XXX

B. Claudius, 22 ans. — 22-4-22, 10-6-22.

Deux crises antérieures; la 3^e est opérée au 6^e jour;

les symptômes sont réduits au minimum; température: 37°7; on patiente lorsque le 1-5, on sent un abcès sur le bord externe du cæcum. Péritoine libre sous le cæcum, très en dedans, contre les vaisseaux, on trouve : un abcès à pus épais dans lequel baignent les débris sphacelés de l'appendice gangrené; le cæcum a une large surface infiltrée œdémateuse, saignotante.

Intervention le 1-5; Docteur Bonnet; incision de Jajaguier; protection minutieuse; ablation du moignon appendiculaire; ligature du méso difficile; enfouissement du moignon; un seul drain est conduit jusqu'au contact de la surface cæcale suspectée. Fermeture des trois quarts de l'incision.

(Cas très remarquables d'appendicite gangréneuse, à forme torpide latente, pouvant avoir brusquement une évolution terrible.)

Suites opératoires : Normales; ablation du drain le 15^e jour; sort guéri le 10-6. Réponse en 1929 : Pas d'événtration, guérison totale; tendance à la constipation.

XXXI

R. Joanny, 29 ans. — 22-8-22, 15-9-22.

Dysenterie en Orient, syphilis il y a deux ans; petite hernie épigastrique; une crise antérieure; opéré vers le 30^e jour.

Renseignements opératoires : Œdème au niveau du fascia transversalis; magma épiploïque couvrant le cæcum rouge, distendu, flanqué par une série de petites granulations qui ne sont pas tuberculeuses (dysentériques ?). En arrière du cæcum, au contact des vaisseaux iliaques, petit abcès à coque épaisse emprisonnant l'appendice.

Intervention le 24-8, Docteur Bonnet, incision de Jala-

guier; appendicectomie; enfouissement; enfouissement d'un point dépéritonisé du cæcum; petit drain dans la loge de l'abcès; fermeture du péritoine autour du drain; un drain sous-cutané.

Suites opératoires : Simples; 10 injections d'émétine (0,04). Réponse en 1929 : Petite éventration, constipation.

XXXII

C. Michel, 42 ans. — 26-10-22.

Opéré le 8^e jour; à l'entrée: facies plombé, pouls: 110, température : 38°; les symptômes prédominent dans la région sous-hépatique.

Renseignements opératoires : Pus d'odeur fécaloïde dans le péritoine; abcès enkystés, successivement ouverts au doigt, allant jusque sous le foie, vers la vésicule, plongeant en arrière dans la région lombaire, et en bas dans le Douglas; appendice rétro-cæcal interne, gangrené au niveau de son extrémité.

Opéré à l'infirmerie de porte le 26-10. Docteur Barbier; incision de Jalaguier, plus haute que normalement; appendicectomie; enfouissement; lavage à l'éther; drain lombaire; drain dans le Douglas.

Suites opératoires : Le 30-10, la température s'élevant progressivement, le toucher rectal révèle l'existence d'une collection mal limitée à gauche, près du côlon sigmoïde; ablation du drain qui donne issue à du pus en abondance, verdâtre, crémeux, avec débris sphacelés qui obstruent le drain. Depuis le 6-11 on perçoit dans le Douglas une tuméfaction molle qui semble annoncer que l'abcès qui avait tendance à remonter à gauche vers l'S iliaque, va se localiser dans le Douglas. En effet, le 13, le 14, le 15, signes d'abcès pelvien de plus en plus nets,

ténésie rectale. Le 15-11, Docteur Bonnet, anesthésie générale: exploration du rectum au spéculum; rectotomie; pas de drainage. A partir de ce jour, suites opératoires simples. Réponse en 1929: Pas d'éventration, se tient l'abdomen très serré, guérison.

XXXIII

B., 25-12-22.

Opéré le 4^e jour.

Renseignements opératoires : Absès à pus noir, glaireux, à bulles gazeuses; l'épiploon présente une grosse frange avec une plaque de sphacèle; appendice rétro-cæcal ascendant, gangrené, perforé; large plaque de sphacèle sur le mésentère, à 5 centim. du cæcum.

Opéré à l'infirmerie de porte le 25-12, Docteur Bonnet; A. G. éther; incision de Jalaguier; résection d'un fragment épiploïque gangrené; appendicectomie; éthérisation locale; drain dans le foyer de l'abcès; fermeture partielle de la paroi (pronostic réservé à cause de la gangrène du mésentère, et des grands dangers d'infarctus).

Suites opératoires : Non signalées. Sort guéri.

XXXIV

S. Jean, 56 ans. — 26-12-25, 28-1-26.

Une crise il y a 25 ans; opéré le 5^e jour de la 2^e; symptômes d'appendicite rétro-cæcale haute, sous-hépatique; ictère; température: 39°; pouls: 120; bon état général.

Renseignements opératoires : Pas de liquide dans le ventre; abcès rétro-cæcal de pus fétide; appendice très long, du volume d'un gros doigt, la pointe se trouve sous le foie, au devant du rein.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet; rachianesthésie, 10 cgr. scurocaïne; incision de Jalaguier; appendicectomie sous-séreuse; malheureusement la pointe ne peut pas être enlevée; gros drain rétro-côlique; fermeture séro-musculaire.

Suites opératoires : Sans incidents; sort guéri le 28-1-26.

XXXV

M. Vincent, 32 ans. — 28-12-25, 30-1-26.

Une crise antérieure; opéré le 5^e jour.

Renseignements opératoires : Appendicite sous-cæcale basse, nombreuses adhérences; quelques gouttes de pus.

Opéré à l'infirmerie de porte le 29-12, Docteur Rochet; A. G. éther; incision de Jalaguier; appendicectomie rétrograde; drain sous-cæcal; fermeture musculo-séreuse.

Dans les *suites opératoires*, congestion pulmonaire qui guérit en 8 jours; sort guéri le 30-1.

XXXVI

J. Louis, 20 ans. — 15-9-26, 4-11-26.

Une première crise en 1926; le 15-6, 2^e crise soignée médicalement; la fièvre reste à 38° pendant une quinzaine de jours, et à ce moment est opéré pour: phlegmon périnéphrétique droit, d'où il s'écoule un litre de pus. Vient dans le service avec une fistule lombaire qui laisse écouler un pus mal lié, pus froid; cependant il n'y a aucune histoire de tuberculose ni dans les antécédents héréditaires, ni dans les antécédents personnels; d'autre

part, il n'y a aucun symptôme du côté urinaire qui puisse laisser craindre une lésion rénale.

Renseignements opératoires: Absès appendiculaire qui s'est d'abord manifesté par un phlegmon périnéphrétique.

Opéré le 23-9, Professeur Tixier ; grande incision de Jalaguier; on relève le cæcum; l'appendice apparaît pointe en l'air, l'extrémité distendue, et sa base se perd sous le cæcum; protection soignée. En décollant l'appendice, brusquement éruption de pus, et l'on constate que l'on est au contact de la loge périnéphrétique; appendicectomie.

Deuxième temps. — On tourne le malade sur le côté gauche; on explore la fistule rénale; elle aboutit dans le foyer appendiculaire; on passe un drain sortant au contact de la paroi postérieure du cæcum, et qui, en arrière, sort par la fistule lombaire.

Troisième temps. — Fermeture totale du ventre en laissant simplement le tissu cellulaire rapproché par quelques points lâches placés sur une compresse imbibée de Dubard.

Suites opératoires : Simples; le 4-11. le malade s'en va très amélioré; la plaie lombaire n'est pas complètement cicatrisée. Réponse en 1929 : Pas d'éventration; est complètement guéri.

XXXVII

M. Pierre, 28 ans. — 7-1-27, 9-2-27.

Une crise antérieure.

Renseignements opératoires : Absès appendiculaire ; appendice rétro-cæcal très friable.

Intervention par le Docteur Bonnet; A. G. éther; inci-

sion de Jalaguier; on voit seulement la base de l'appendice; le reste étant masqué par des adhérences; section première de la base, énorme et friable; appendicectomie sous-séreuse laborieuse, et ouverture d'un gros abcès; on cloisonne une loge rétro-cæcale que l'on sépare complètement du grand ventre par des sutures au péritoine pariétal, on y place un gros drain; fermeture séro-musculaire; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Le drain est enlevé le 7^e jour; suites opératoires normales. Revu en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

XXXVIII

S. Gustave, 46 ans. — 7-4-27, 4-5-27.

Opéré le 8^e jour.

Renseignements opératoires : Magma épiploïque qui encapuchonne la région cæco-appendiculaire et sous lequel petit abcès aréolaire à pus épais, verdâtre, d'odeur fécaloïde.

Intervention par le Docteur Pollosson; grande incision de Jalaguier; appendicectomie; pas d'enfouissement; un drain et deux mèches sur les côtés du cæcum; fermeture à trois plans, sauf sur le passage du drain et des compresses.

Suites opératoires : Très simples; sort le 4-5, incomplètement cicatrisé; revu le 4-6; plaie cicatrisée. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison complète.

XXXIX

G. Pierre, 23 ans. — 15-10-27, 24-11-27.

Dans ses antécédents : pleurésie bilatérale; deux cri-

ses antérieures. Opéré approximativement une semaine après le début.

Renseignements opératoires : Gros abcès rempli de pus épais dans la fosse iliaque droite, cloisonné par l'épiploon enflammé et dans lequel il a été impossible de trouver l'appendice; en le cherchant, on ouvre deux autres abcès: un paracolique, l'autre pelvien.

Intervention par le Docteur de Rougemont. A. G. éther; incision de Jalaguier; pas d'appendicectomie; un drain pelvien; un drain paracolique; les compresses de cloisonnement sont laissées.

Suites opératoires : Du 11^e au 15^e jour, ablation des mèches et des drains; sort le 24-11, guéri.

Deuxième séjour. — 1-2-28.

Revient pour se faire enlever l'appendice; pas de troubles depuis la précédente intervention.

Opération par le Docteur de Rougemont. A. G. éther; ablation de la cicatrice cutanée; extériorisation de l'angle iléo-cæcal; l'appendice est rétro-cæcal; ablation rétrograde en sous-séreuse; fermeture en trois plans; péritoine, plan musculo-aponévrotique; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Simples. Réponse: Pas d'éventration, guérison complète.

XL

S. G., 15 ans. — 4-3-28.

Symptômes d'abcès à localisation haute.

Renseignements opératoires : Abcès appendiculaire iliaque, avec début de péritonite diffusante; du pus malodorant vient de la région hépatique et du Douglas.

Opéré à l'infirmerie de porte le 4-5, Docteur Bonnet; A. G. éther; incision haute de Jalaguier; extériorisation prudente de la masse verdâtre comprenant: cæcum, épiploon, côlon transverse, avec appendice abcédé enfoui à sa base; appendicectomie; résection épiploïque au ras du transverse; enfouissement d'une large plaque de gangrène du cæcum; gros drain dans le Douglas, drain sous le foie; fermeture péritonéale autour.

Suites opératoires : D'abord simples. La température est en dessous de 38°, du 3^e jour au 10^e. A ce moment : infarctus pulmonaire; la température s'élève progressivement entre 38° et 39°. Au 17^e jour, le malade est réveillé par une douleur interne au niveau du pli de l'aîne gauche; on l'examine en vue de dépister un abcès; on ne perçoit rien, ni abcès pelvien, ni même d'abcès iliaque gauche; abdomen souple partout, aucune arrière-pensée d'abcès sous-phrénique ou postérieur. On pense d'abord qu'il y a un petit abcès sous-péritonéal de la fosse iliaque gauche; mais la très vive douleur au-dessous du canal crural, l'existence d'un infarctus font se demander s'il ne s'agirait pas d'une thrombo-phlébite de la veine iliaque externe en voie de suppuration. Le lendemain, 22-3, la douleur est plus vive encore; il y a de la rougeur inflammatoire dans le triangle de Scarpa; la température atteint (dans la soirée du 21) 39°5; ce matin, 38°; on abandonne le diagnostic de thrombo-phlébite pour admettre celui d'abcès sous-péritonéal.

Le 22-3, Docteur Bonnet. A. G. éther; *incision de laparotomie sous-péritonéale de Pozzi*; œdème verdâtre des plans; le doigt s'enfonce facilement dans l'œdème, mais n'ouvre pas d'abcès; on se trouve en présence des vaisseaux iliaques difficilement reconnaissables, à cause de l'œdème et de la teinte verdâtre de leur gaine; l'artère bat; on la perçoit au doigt insinué sous elle. La veine est thrombosée; de petites collatérales apparaissent noirâtres, également thrombosées; on hésite à inciser la veine,

et on décide d'attendre en mettant une mèche au contact. On fait sans conviction (car il y aurait intérêt à fixer la thrombose) une application de sangsues.

Les jours suivants, amélioration nette; la température est en plateau à 38°; l'œdème qui existait pas très accusé avant l'opération n'a pas augmenté.

Le 22-5, Docteur Bonnet; après 5 jours de température à 38°, celle-ci se met à osciller entre 38° et 39°, puis entre 39° et 40°, alors que le pouls se maintient au voisinage de 80. Un œdème considérable du membre inférieur gauche s'installe; puis du membre inférieur droit; une légère suppuration s'établit par la plaie sous-péritonéale et se tarit spontanément en trois semaines.

Peu à peu l'état général du malade s'améliore. Aujourd'hui, il est complètement guéri. Il ne présente qu'un œdème violacé du membre inférieur gauche; mais le malade circule et rentre chez lui. Il s'est agi en somme d'une thrombo-phlébite suppurée de la veine iliaque externe gauche, secondaire à une appendicite suppurée. Revu en 1929 : Très grosse éventration ; guérison par ailleurs.

XLI

P. Alphonse, 17 ans. — 18-8-28, 15-9-28.

Renseignements opératoires : Abcès appendiculaire.

Opéré, à l'infirmerie de porté, Docteur de Rougemont; incision de Jalaguier; un drain pelvien; un drain et une mèche latéro-cæcale, 2 drains abdominaux.

Suites opératoires : Très bonnes suites opératoires. Revu en 1929 : Pas d'éventration; guérison complète.

XLII

D. Joseph, 36 ans. — 5-10-28, décès le 10-10-28.

Une crise antérieure; opéré le 3^e jour; éthylysme modéré; à l'entrée: température: 38°6; pouls: 100.

Renseignements opératoires : Appendice perforé à son 1/3 moyen par un calcul stercoral; abcès gangréneux de la fosse iliaque droite.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Pollosson; incision de Jalaguier; appendicectomie; 3 mèches : une en arrière, une en haut, une en dedans; au centre, un drain; tout est laissé ouvert.

Suites opératoires : Sérum antigangréneux local et sous-cutané; la température s'est élevée progressivement dès le lendemain de l'opération; complications pulmonaires; malgré les conseils, part chez lui; décès (toxémie péritonéale).

XLIII

H. Nestrop, 28 ans. — 7-1-29, 19-7-29.

Pas de crise antérieure; opéré le 16^e jour; symptôme d'abcès.

Renseignements opératoires : Abcès latéro et rétro-cæcal.

Intervention le 9-1-29, Professeur Tixier; A. G. éther; grande incision de Jalaguier; protection, aspiration du pus de l'abcès; une recherche prudente ne permet pas de trouver l'appendice; on laisse les deux compresses de cloisonnement; une mèche de drainage repérée par un crin; des crins maintiennent le pansement.

Suites opératoires : Le 14-1, ablation partielle des mèches; à partir de ce jour, la température tombe aux envi-

rons de 37°, où elle va se maintenir. Fistule stercorale qui se ferme spontanément.

Deuxième temps. — Le 18-4-29 : Appendicectomie, Docteur Bertrand; A. G. K. éther; incision elliptique circonscrivant et excisant la cicatrice de l'ancienne laparotomie; libération du péritoine; on arrive à repérer en qualité et en quantité suffisantes tous les bords. Libération du cæcum à la face postérieure duquel on trouve une cavité où se trouve l'appendice en situation postérieure, remontant en arrière; appendicectomie; enfouissement. La libération et le décollement du cæcum ont provoqué un suintement hémorragique qui oblige à laisser un drain en arrière du gros intestin. La paroi est minutieusement reconstituée, plan par plan : le péritoine, les muscles larges réunis au bord externe de la gaine du G. droit. Grand oblique, peau.

Suites opératoires : La température qui était tombée à partir du 5° jour remonte brusquement le 11°; il s'agit d'un hématome suppuré; ablation des fils; pansement à plat.

Le 19-7, suppuration prolongée; le malade est envoyé en médecine pour examen général.

XLIV

C. Alexandre, 24 ans. — 10-6-29, 12-7-29.

Opéré le 5° jour.

Renseignements opératoires : Gros appendice en canon de fusil, perforé; abcès; infiltration de la dernière anse grêle.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Michon; A. G. éther; incision de Jalaguier; appendicectomie sous-séreuse, sans enfouissement; hémostase impossible (tissu

friable); tamponnement avec un petit Mikulig; un drain dans le pelvis; fermeture partielle de la paroi.

Suites opératoires : Ablation du Mikulicz, le 7^e jour, remplacé par une mèche. Le 24-6, abcès pelvien reconnaissable au toucher, qui s'évacue spontanément par le rectum ce jour; sort guéri le 12-7. Revu : Pas d'éventration, guérison totale.

INCISIONS DE MAX SCHÜLLER

XLV

Epouse C., 25 ans. — 12-7-23, 8-23.

Pas de crise antérieure nette; douleur persistante à droite; a souvent des vomissements bilieux à jeun. Début de la crise il y a 3 jours; douleur postérieure le long de la crête iliaque; sensation de plastron au palper bimanuel.

Renseignements opératoires : Cæcum libre ; pas de réaction péritonéale; abcès sur le bord externe du cæcum; appendice rétro-cæcal; gangréneux, avec deux perforations au niveau de deux calculs.

Intervention d'urgence le 12-7. A. G. éther; incision de Max Schüller; abcès vidé à l'aspirateur; appendicectomie par section première de la base; hémostase et enfouissement satisfaisants malgré de grandes difficultés (durée 1 heure et quart); drain rétro-cæcal; fermeture en 2 plans; peau non suturée.

Suites opératoires : Simples; mais la suture musculaire n'a pas tenu. Revue en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

XLVI

Epouse B. Hélène, 30 ans. — 14-8-24, 13-9-24.

Constipation habituelle; opérée en 1922 pour goître. Première crise, opérée au 6^e jour.

Renseignements opératoires : Pas de réaction péritonéale; appendice rétro-cæcal et rétro-colique ; pointe très haut, derrière l'angle droit ; gangrène de la pointe et petit abcès de la pointe.

Opérée à l'infirmierie de porte. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie rétrograde très difficile étant donné la situation très haute de la pointe; drain sous-cæcal; fermeture musculo-séreuse de la paroi.

Suites opératoires : Sortie le 13-9-24; complètement guérie.

XLVII

Epouse L., 28 ans. — 14-10-24, 28-11-24.

Première crise opérée au 5^e jour.

Renseignements opératoires : Abcès postéro-externe, avec prolongement dans la partie supérieure du pelvis; appendice descendant et interne, à cheval sur les vaisseaux iliaques; gangrène limitée de la paroi cæcale au niveau de l'implantation de l'appendice.

Intervention par le Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie; enfouissement; drain rétro-cæcal; suture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Au 4^e jour, fistule stercorale; le 30-10, collection pelvienne; colpotomie ; part le 28-11 non complètement cicatrisée; le 16-12 est à peu près complètement guérie. Réponse en 1929: Pas d'éventration, guérison totale.

XLVIII

A. Jeanne, 21 ans. — 11-12-24, 29-1-25.

Opérée au 7^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice pelvien gangrené, avec abcès péri-appendiculaire.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie; drain dans le Douglas; fermeture musculo-séreuse, la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Le 19-12, abcès pelvien; colpotomie, pas de drain; ventre ballonné pendant longtemps; sort le 29-1-25 à peu près complètement guérie; revue guérie le 18-4-25. Réponse en 1929 : Hystérectomie à l'Hôpital de la Croix-Rousse, 4 mois après; pas d'éventration, guérison totale.

XLIX

V. Marie, 16 ans. — 29-1-25, 21-3-25.

Opérée au 8^e jour.

Renseignements opératoires : Appendicite pelvienne; gros abcès pelvien cloisonné; appendice complètement gangrené, non perforé.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet. A. G. K. éther.

1° Incision de Max Schüller; appendicectomie à l'ordinaire; évacuation de l'abcès; drainage; fermeture musculo-séreuse en un plan.

2° Quatre jours après, l'abcès se vide mal: colpotomie qui évacue un grand verre de pus fétide; le 30, petit infarctus avec crachats hémoptoïques, point de côté; la température reste élevée autour de 39°; il se fait une fusée rétro-cæcale se dirigeant vers l'atmosphère péri-néphrétique.

Troisième intervention : Mise en place d'un drain rétro-cæcal par l'incision iliaque; on se trouve en présence

de 2 abcès, l'un iliaque rétro-cæcal et un pelvien, que l'on draine avec 2 drains debout; malgré cela, la température remonte peu à peu à 39° après quelques jours.

Quatrième intervention : Le 21-2; controuverture lombaire; on place un drain en sétou sortant par l'orifice abdominal; on dilate l'orifice de colpotomie; mais il est impossible de faire un drainage abdomino-vaginal à l'aveugle; on se rend compte que le principal abcès se trouve dans la partie droite du pelvis latéro et prévésical; chaque jour on exprime cet abcès par pressions abdomino-vaginales qui font sortir un verre à Bordeaux de pus.

Suites opératoires : Ce traitement améliore rapidement la malade qui sort guérie le 21-3.

L

J. Antonia, 16 ans. — 30-1-25, 24-2-25.

Opérée le 8° jour de la crise.

Renseignements opératoires : Appendice postérieur ; gangrené et sectionné près de sa pointe, calcul libre rétro-cæcal.

Opérée à l'infirmerie de porte; Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie laborieuse; drain rétro-cæcal; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Très bonnes; sort guérie le 24-2.

LI

D. Jeanne, 18 ans. — 27-3-25, 25-4-25.

Une crise il y a 2 ans; opérée au 5° jour de la seconde.

Renseignements opératoires : Gros abcès appendicu-

laire postérieur et externe; appendice gangrené et perforé avec calcul libre.

Opérée à l'infirmerie de porte; Docteur Rochet. A. G. K. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie; enfouissement; un drain sous-cæcal; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Normales; sort guérie le 24-4; réponse en 1929: Pas d'éventration; guérison totale.

LII

J. Cécile, 18 ans. — 14-8-25.

Opérée au 8^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice très congestionné, plaques gangréneuses; un gros abcès iliaque à pus fécaloïde.

Opérée à l'infirmerie de porte; Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie; un drain para-cæcal; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Simples. Revue en 1929 : Eventration.

Deuxième séjour. — 22-12-29, 11-1-30. — *Cure d'éventration.*

A l'entrée, malade en bonne santé; pouls: 70; température: 37°; T. A.: 10,5 : 7,5; ni sucre ni albumine.

Renseignements opératoires : Eventration sur toute la hauteur de la cicatrice devenue douloureuse depuis deux mois.

Intervention le 26-12; Professeur Tixier. A. G. K. éther; l'épiploon est largement adhérent en dedans; on le libère, hémostase; en dehors le cæcum a son péritoine viscéral complètement coalescent avec le péritoine pariétal; on le

libère; premier plan de suture péritonéal; deuxième plan, aponévrotique; très bonne réfection, solide.

Suites opératoires : Simples ; cicatrice parfaite.

LIII

Epouse D., 32 ans. — 14-4-28, 16-5-28.

Deuxième crise, opérée le 3^e jour.

Renseignements opératoires : Œdème de tous les plans pariétaux ; volumineux abcès à pus très fétide.

Intervention par le Docteur Bertrand; rachianesthésie; 10 ctgr. de scurocaïne, très bonne incision de Max Schüller; aspiration du pus de l'abcès; appendicectomie; 2 mèches; un drain dans le Douglas.

Suites opératoires : Les mèches sont enlevées le 10^e jour; suites opératoires bonnes; suppuration abondante; réponse en 1929; pas d'éventration; guérison totale.

LIV

D. Camille, 21 ans. — 31-8-28, 20-10-28.

Opérée le 5^e jour.

Renseignements opératoires : Appendicite rétro-cæcale; un calcul stercoral libre.

Opérée à l'infirmerie de porte, le 31-8, Docteur Bertrand. A. G. éther; incision de Max Schüller; l'abcès est crevé au doigt; ablation de l'appendice très difficile par appendicectomie première; enfouissement; un drain dans le Douglas; un drain, une mèche.

Suites opératoires : Le 13-9, colpotomie.

Deuxième séjour. — 27-3-29, 20-4-29.

Fistule stercorale dans la fosse iliaque droite.

Intervention le 2-4; Docteur Bertrand. A. G. K. éther ; incision sur la cicatrice avec excision de celle-ci ; la poursuite de la fistule conduit sur la base du cæcum qui est devenue extra-péritonéale; suture en trois plans. Ouverture du péritoine au-dessus pour reconstituer correctement la paroi; on suture successivement : 1° le péritoine avec le feuillet postérieur de la gaine du grand droit et le fascia transversalis; 2° les muscles larges avec la paroi antérieure de la gaine; enfin le grand oblique; deux crins seulement sous la peau.

La température ne dépasse pas 38°5 et devient normale à partir du 5° jour. Guérison.

LV

Epouse A. Isabelle, 49 ans. — 8-6-29, 21-7-29, décès.

Pas de crise antérieure; éthylisme probable; glycosurie; opérée le 4° ou 5° jour.

Renseignements opératoires : Très légère ascite réactionnelle; appendice rétro-cæcal gangrené et petit abcès à pus trouble, fétide et gazeux.

Opération le 8-6; Docteur Bertrand. A. G. K. éther ; incision de Max Schüller; cloisonnement par deux compreses; extériorisation difficile de l'appendice, postérieur, rétro-cæcal; appendicectomie; le méso ne peut être lié; une mèche est mise à titre hémostatique (maintenue par un crin); en tout 3 mèches, 2 drains, un dans le Douglas, un latéro-cæcal.

Suites opératoires : La malade a eu les premiers jours des suites semblant normales, mais avec une température qui n'est pas descendue au-dessous de 38°. A partir du 11° jour, la température monte régulièrement le 22-6, phlébite droite; la température reste élevée, irrégulière,

en même temps que les téguments qui entourent la plaie prennent une allure œdémateuse inquiétante; la malade fait une gangrène du tissu cellulaire sous-cutané, qui va envahir progressivement toute la paroi abdominale, les régions vulvaire et fessière, les cuisses; de larges incisions au bistouri, agrandies chaque jour; le sérum anti-gangréneux à doses massives *in situ* et sous-cutané; 30 unités d'insuline par jour, à partir du moment où on décèle la glycosurie, n'arrêtent nullement l'évolution fatale.

LVI

G. Marcelle, 24 ans. — 25-3-29, 25-4-29.

Constipation moyenne, une crise antérieure; deuxième crise opérée au 6^e jour; à l'examen sous anesthésie, on constate sous la paroi abdominale à droite la présence d'une masse d'une mobilité invraisemblable, tant dans le sens transversal que vertical, et avant l'opération on ne peut s'empêcher de penser à un kyste de l'ovaire tordu.

Renseignements opératoires : Abscès rétro-cæcal contenant un verre à Bordeaux de pus verdâtre et fétide; appendice rétro-cæcal adhérent de toutes parts.

Opérée à l'infirmerie de porte le 25-3; Docteur Bertrand. A. G. K. éther; laparotomie sous-ombilicale médiane; contrairement à ce qu'on croyait on ne trouve rien, les annexes sont saines et on voit au contraire un cæcum infiltré, mais mobile qui est enflammé; forte fermeture de la laparotomie. 2^e incision de Max Schüller, protection; appendicectomie extrêmement difficile; on laisse les 3 mèches de protection, on ajoute un drain, tout est laissé ouvert.

Suites opératoires : Ablation du drain le 29-3; on com-

mence à mobiliser les mèches; le 4-4, ablation de la dernière mèche; suppuration abondante; sort le 26-4. Revue en 1929 : Événtration sur incision latérale.

Deuxième séjour. — 3-12-29, 28-12-29.

La malade revient pour la cure de l'événtration au niveau de la cicatrice de l'incision de Max Schüller (29-3-29).

Intervention le 11-12; Docteur Bertrand. A. G. éther; cure radicale d'une événtration, satisfaisante.

Suites opératoires : Au 4^e jour: infarctus (point de côté, accélération du pouls à 115; température: 38°5; crachats légèrement teintés); petit hématome de la paroi; le 28-12-29, bonne cicatrisation; l'événtration semble bien guérie; porte une ceinture abdominale.

LVII

G. Louis, 17 ans. — 4-4-24, 12-5-24.

Purgé trois fois sans résultat; opéré le 3^e jour; plastron collé contre l'E. I. A. S.

Renseignements opératoires : Absès postéro-externe rétro-cæcal; un calcul libre dans l'abcès; appendice gangrené et perforé à sa partie moyenne.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie très difficile; la pointe de l'appendice est certainement laissée; un drain rétro-cæcal; fermeture séro-musculaire; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Le 12-5, guérison. Réponse en 1929 : événtration qui le gêne beaucoup dans son travail; pas de troubles intestinaux.

LVIII

B. Louis, 15 ans. — 28-2-24, 14-4-24.

Opéré le 3^e jour; sensation de plastron profond.

Renseignements opératoires : Abscès latéro-cæcal interne, renfermant un verre à liqueur de pus mal odorant; appendice gangrené, presque sectionné à sa base.

Opéré à l'infirmerie de porte le 28-2; Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie; drain latéro-cæcal; fermeture musculo-séreuse; la peau n'est pas fermée.

Suites opératoires : Le 18-3, suture secondaire de la plaie cutanée; le 19-3, température à 40°; petite suppuration; on enlève un fil; sort guéri le 14-4.

LIX

O. Louis, 24 ans. — 7-10-24, 4-11-24.

Deux crises antérieures; au cours de la 3^e crise a pris une purgation.

Renseignements opératoires : Abscès appendiculaire latéro-externe; appendice réduit à l'état d'un moignon de 1 cm. de long, sous tension (infection du moignon restant, à la suite des crises antérieures).

Intervention : A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie; drainage sous-cæcal; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Le 22-10, suture secondaire; le 29-10, ablation des fils; sort guéri le 4-11.

LX

B. Jean, 29 ans. — 8-12-24, 17-1-25.

Plusieurs crises antérieures; opéré le 5^e jour; signes d'abcès.

Renseignements opératoires : Absès bien cloisonné ; antéro-externe; appendice gangrené et perforé rétro-cæcal, avec calcul dans la poche de l'abcès.

Opéré à l'infirmerie de porte; Docteur Rochet. A. G. K. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie ; un drain sous-cæcal; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : La température, jusqu'au 15^e jour, est restée au voisinage de 38°; cette hyperthermie semble due à un état pulmonaire; ponction pleurale gauche négative; le 17-1-25, sort en bonne voie, ayant une ceinture abdominale. Réponse en 1929 : Pas d'éventration.

LXI

O. Odet, 21 ans. — 26-1-25, 28-2-25.

Opéré le 3^e jour; température: 39°2; pouls: 108; plastron.

Renseignements opératoires : Absès ; aspect gangréneux de la paroi cæcale; appendice descendant interne, gangrené, mais non perforé.

Opéré à l'infirmerie de porte le 26-1, Docteur Rochet; incision de Max Schüller; appendicectomie ; enfouissement impossible à cause de la consistance cartonnée du cæcum; un drain sous-cæcal ; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Le drain est enlevé le 3^e jour; suites opératoires excellentes ; sort guéri le 28-2; a besoin encore de quelques pansements.

LXII

C. Jules, 42 ans. — 12-8-25, 11-9-25.

Début il y a plusieurs jours; signes nets d'abcès.

Renseignements opératoires : Abscès; appendice gangrené.

Opéré à l'infirmierie de porte le 12-8; Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie; drain para-cæcal; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Très simples; sort guéri le 11-9. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison.

LXIII

P. Fernand, 41 ans. — 1-10-25, 7-11-25.

4 ou 5 crises antérieures; opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Quelques centimètres cubes de sérosité louche dans le péritoine; appendice en situation profonde, très enflammé; les manœuvres de décollement ouvrent de petites loges purulentes; épiploïte avec adénite.

Intervention le 2-10; Docteur Rochet; rachianesthésie, 10 cgr. scurocaïne; incision de Max Schüller large; appendicectomie; un drain; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Le 20-10, suture secondaire; le 7-11, cicatrisation presque terminée, le malade part. Revu en 1929 : Pas d'éventration; guérison complète.

LXIV

T. Auguste, 20 ans. — 14-2-26, 20-3-26.

Pas de crise antérieure; opéré le 8^e jour.

Renseignements opératoires : Abscès à pus très fétide; gangrène complète de l'appendice.

Opéré à l'infirmierie de porte le 14-2; Docteur Rochet. A. G. K. éther; incision de Max Schüller; appendic-

tomie; drain pelvien avec mèche le séparant des vaisseaux iliaques; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Simples ; sort guéri le 20-3. Réponse en 1929 : Pas d'éventration ; guérison.

LXV

D. Jean, 54 ans. — 23-11-26, 7-1-27.

Pas de crise antérieure; opéré le 4° jour; albuminurie.

Renseignements opératoires : Absès sous et latéro-cæcal plongeant un peu dans le pelvis; appendice gangrené.

Opéré à l'infirmerie de porte; Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie; drain sous-cæcal; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Drain enlevé le 3° jour; suppuration prolongée; clochers thermiques entre le 25° et le 30° jour; sort le 7-1-27, en bonne voie. Revu en 1929 : Pas d'éventration, guérison.

LXVI

R. Henri, 17 ans. — 23-2-27, 25-3-27.

Opéré le 6° jour.

Renseignements opératoires : Péritoine libre ; absès latéro et rétro-cæcal; appendice sphacélé.

Opéré à l'infirmerie de porte; Docteur Cibert; incision de Max Schüller; appendicectomie; pas d'enfouissement; un drain, une mèche; fermeture très incomplète de la paroi; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Normales. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison.

LXVII

V. Henri, 18 ans. — 7-6-27, 7-7-27.

Deux crises antérieures; opéré au 8^e jour.

Renseignements opératoires : Gros abcès latéro et postéro-cæcal droit; appendice gangrené.

Opéré à l'infirmerie de porte, le 7-6; Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie difficile sans enfouissement; drain, mèche en cigarette; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Dans les suites, a eu une fistule stercorale, d'une durée de 8 jours. Revu en 1929 : A une éventration; a plutôt de la diarrhée.

LXVIII

G. Claude, 33 ans. — 27-10-28; décès le 3-11-28.

Opéré au 7^e jour.

Renseignements opératoires : Abcès pelvien.

Opéré à l'infirmerie de porte le 27-10; Docteur Bertrand. A. G. Kélène, éther; incision de Max Schüller; appendicectomie très difficile; enfouissement; 3 mèches dont 2 internes et une externe; un drain dans le Douglas.

Suites opératoires : Le 3-11 (Docteur Bertrand), le malade est mort ce matin. L'opération avait été très difficile; car au doigt la dernière anse iléale avait donné l'impression d'être l'appendice, et en essayant de l'extérioriser, on l'avait dépéritonisée sur tout son pourtour et même fait une désintertion mésentérique sur 2 ou 3 cent. Les suites opératoires durant les 3 ou 4 premiers jours parurent vouloir être simples; température autour de 38°; une fistule du grêle s'était produite; elle paraissait

bien cloisonnée. Le 5^e jour, au soir (1-11), l'état général du malade s'est aggravé considérablement; température: 40°5; vomissements qui nécessitent un lavage d'estomac (injection de Na Cl à 20 p. 100, 40 cmc.); le malade est mort au 6^e jour; il semble s'être fait une péritonite diffusante.

LXIX

R. Louis, 47 ans. — 28-12-28, décès le 6-1-29.

Ethylisme ancien (cafetier); pas de crise antérieure; opéré au 26^e jour de sa crise; signes d'abcès iliaque; rien au toucher rectal; amaigrissement.

Renseignements opératoires : Plans superficiels œdémateux; plans musculaires infiltrés. Gros abcès iliaque très cloisonné, rempli de débris jaunâtres ; appendice décapité au niveau de sa pointe.

Intervention le 31-12 ; Docteur Bertrand. A. G. K. éther; incision de Max Schüller basse sur la masse perçue; on tombe dans l'abcès; appendicectomie facile en sous-séreuse; enfouissement; des mèches sont mises en dedans, en haut pour parfaire le cloisonnement.

Suites opératoires : Le 5-1 (5^e jour), les suites opératoires paraissaient normales jusque-là, avec température à 38°. Mais ce matin : 2 vomissements; pas de gaz depuis 24 heures; ondes péristaltiques dans la fosse iliaque gauche avec clapotage; facies tiré; on pense à la possibilité d'une coudure d'une anse grêle sur une mèche; comme on est au 5^e jour, on commence, avant de pratiquer une ileostomie, par enlever les mèches; en attirant la mèche interne, une anse grêle apparaît dans le fond de la plaie. Le pansement est fait très serré. Deux heures après le pansement, le malade fait une évacuation; immédiatement conduit à la salle d'opération, les anses

sont réintégrées, et 4 fils métalliques placés sur la paroi sans anesthésie. On fait ensuite un lavage d'estomac qui ramène une quantité de matières noires à odeur fécaloïde. Malgré les injections de sérum, malgré les efforts faits pour le sauver, le malade meurt le 6-1. Opposition à l'autopsie.

LXX

R. Jean, 19 ans. — 17-2-29, 30-3-29.

Appendicite au 3^e jour; à l'entrée, pouls: 110; température: 40°; signes de péritonite.

Renseignements opératoires : Gros abcès, gros appendice perforé à la base.

Intervention le 17-2; Docteur Ricard. A. G. éther; incision de Max Schüller; appendicectomie, pas d'enfouissement; 2 drains, un dans le Douglas; un dans la fosse iliaque; fermeture du péritoine seul.

Suites opératoires : Le 25-2, ablation d'un drain; à partir de ce jour, la température se maintient aux environs de 37°; le 6-3 (17^e jour), ablation du drain du Douglas; le 12-3, la température monte à 37°9; le lendemain, 13, et les jours suivants, elle se maintient aux environs de 38°. On pense à la possibilité d'un abcès secondaire. Le toucher rectal est négatif, mais en mettant le malade dans le relâchement, on constate la présence d'un abcès dans la gouttière latéro-colique, qui a tendance à se vider quand le malade étend la jambe et qu'on presse sur la collection. Pas de signe de psoitis.

Fistule stercorale : Le malade quitte le service en bonne voie de cicatrisation; il continue à se faire panser par son médecin; le 8-6-29 revient se montrer; sous l'effet de l'héliothérapie, la fistule s'est à peu près tarie. Il n'y a pas d'éventration, l'état général est excellent.

Deuxième séjour. — 1-7-29, 29-8-29.

Il est hospitalisé à nouveau pour faire opérer sa fistule ouverte à nouveau.

Intervention le 17-7; Docteur Pollosson, Docteur Bertrand. A. G. éther; fermeture à la soie de la fistule purulente et excision cutanée autour d'elle. En suivant le trajet, on arrive dans le grand ventre où le péritoine est libre; mais il existe une induration considérable de toute la partie inféro-externe du cæcum et du péritoine du couloir pariéto-colique. On enlève le trajet fistuleux qui aboutit à un moignon appendiculaire qui est réséqué et enfoui (le péritoine est épaissi et mauvais).

Il s'agit bien d'une fistule appendiculaire, mais l'aspect macroscopique des lésions plaide en faveur d'une origine tuberculeuse possible.

1° Envoi d'un fragment pour examen histologique;

2° Envoi d'un fragment (ganglion) pour inoculation au cobaye.

Il est bien évident que si la fistule persiste, il faudrait avoir recours à une résection du cæcum; on ferme en cloisonnant avec le cæcum fixé au péritoine pariétal; 3 points musculo-aponévrotiques; pansement à plat.

Résultats des examens bactériologiques :

1° L'inoculation est négative;

2° Examen histologique. Il s'agit de tissu fibreux englobant des îlots lymphocytaires, signe d'inflammation sub-aiguë sans traces décelables de tuberculose; ganglion inflammatoire banal; les suites opératoires furent très simples; apyrexie à partir du 6^e jour. Sort guéri.

LXXI

P. Alphonse, 25 ans. — 21-3-29, 22-4-29.

Début mal précisé, souffrait depuis 15 jours.

Renseignements opératoires : Appendice recto-cæcal, avec petit abcès en voie de formation ; perforation à la partie moyenne ; deux calculs stercoraux libres dans le ventre.

Opéré à l'infirmierie de porte le 21-3, Docteur Bertrand ; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; enfouissement ; une mèche, un drain rétro-cæcal ; fermeture ; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Bonnes ; sort cicatrisé le 22-4. Revu : à une éventration à la partie moyenne de la cicatrice.

LXXII

D. Jules, 54 ans. — 22-6-29, 14-8-29.

Opéré à la 36^e heure.

Renseignements opératoires : Appendicite rétro- cæcale, avec abcès (un verre à liqueur de pus).

Opéré à l'infirmierie de porte, Docteur Bertrand ; rachianesthésie (8 centigr. scurocaïne) ; très bonne incision de Max Schüller ; appendicectomie très difficile ; recherche impossible de l'implantation sur le cæcum ; 4 mèches ; sérum anti-gangréneux.

Suites opératoires : Fistule stercorale fermée au 15^e jour ; sort le 13-8, la plaie est en bonne voie de cicatrisation. Revue fin 1929 : a une éventration non douloureuse sur toute la hauteur de la cicatrice.

INCISIONS DE ROUX

LXXIII

C. Victoria, 17 ans. — 20-8-29, 20-10-29.

Pas d'antécédents pathologiques ; début de la crise il y a 8 jours ; le lendemain, apparition des règles à date

normale ; jeune fille vierge, qui a dans le pelvis une masse arrondie de la grosseur d'une tête d'enfant ; on songe à un kyste de l'ovaire tordu ou à un abcès appendiculaire.

Renseignements opératoires : Enorme abcès pelvien ; appendice gangrené et en lambeaux.

Intervention le 21-8, Docteur Pollosson :

Première incision sous-ombilicale médiane qui montre qu'il s'agit d'un abcès pelvien appendiculaire ; fermeture.

Deuxième incision de Roux, basse dans la fosse iliaque droite ; ablation de l'appendice qui fut très laborieuse (on croit l'avoir en totalité) ; colpotomie ; drainage abdomino-vaginal ; drainage et mèche directe.

Suites opératoires : Le lendemain, état particulièrement grave ; température à 41° le matin et pouls à 150 ; le soir, température : 40°, pouls : 140 ; puis en 4 jours la température descend à 38° ; on a nettement l'impression que les éléments qui ont contribué à sa guérison sont d'abord son jeune âge, et le drainage abdomino-vaginal d'emblée. Celui-ci a été laissé un mois environ ; le drain transfixiant a été diminué de calibre, puis remplacé par une soie. Revue le 26-4-30. Éventration douloureuse qui relèvera par la suite d'une cure radicale ; à surveiller au point de vue troubles endocriniens, surtout insuffisance ovarienne (règles diminuées, obésité).

LXXIV

B. Marie, 58 ans. — 24-1-20, 21-2-20.

Plusieurs crises rhumatismales ; peut-être atteinte cardiaque ; bronchite chronique ; petite hernie ombilicale. Il y a 10 jours, a eu la grippe, puis une douleur vive au point de Mac Burney.

Renseignements opératoires : Abscès iliaque à cheval sur le détroit supérieur ; contenu hématique ; amputation de la pointe de l'appendice.

Intervention le 24-1, Docteur Murard. Rachianesthésie ; incision de Roux ; drainage par un drain entouré de gaze à cause du voisinage des vaisseaux.

Suites opératoires : Sort le 21-2.

LXXV

B. Victorine, 57 ans. — 17-2-20, 20-3-20.

Entre pour abcès appendiculaire ; fréquemment petites douleurs à droite ; habituellement très constipée ; début le 3-2 par de vives douleurs à droite ; se purge deux fois. Symptômes de gros abcès.

Renseignements opératoires : Gros abcès qui file derrière le cæcum.

Intervention le 18-2, Docteur Murard. Rachianesthésie ; incision de Roux ; drainage ; appendice non enlevé.

Suites opératoires : Sort guérie le 20-3 ; reviendra dans trois mois pour ablation de l'appendice. Réponse en 1929 : pas d'éventration, guérison, constipation.

LXXVI

L. Conception, 16 ans. — 1-10-24, 27-10-24.

Opérée le 10^e jour de la crise ; à l'entrée, température matinale : 38°9, pouls : 120.

Renseignements opératoires : Gros abcès postéro-externe ; appendice gangrené, rompu ; calcul stercoral du volume d'un noyau d'olive.

Intervention d'urgence le 1-10, Docteur Rochet : A. G. éther ; incision de Roux haute ; appendicectomie sans enfouissement ; drain rétro-cæcal ; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Le 16-10, suture secondaire, bon résultat ; sort le 27-10 avec petite suppuration sur la cicatrice. Revue en 1929 : A eu 2 enfants ; grosse éventration ; guérison, constipation comme avant.

LXXVII

G. Antonia, 17 ans. — 27-1-27, 23-2-27.

Etat très grave à l'entrée ; température : 40°4, pouls : 140 ; abcès de la fosse iliaque.

Renseignements opératoires : Cæcum et paquet d'anses grêles épaissis, lardacés, unis par un œdème gélatineux, verdâtre, couvrant l'abcès ; le doigt effondre de petits abcès fétides ; à un moment, petite brèche sur le cæcum au ras du péritoine pariétal ; appendice énorme gangrené, coupé en deux ; calcul stercoral libre dans l'abcès.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet ; Incision de Roux ; grand péritoine libre, protection minutieuse ; suture de la brèche cæcale ; appendicectomie ; enfouissement impossible, les tissus étant très friables ; un gros drain en haut sous le foie ; un autre dans l'abcès ; on laisse en place les 4 mèches de cloisonnement.

Suites opératoires : Le 28-1, après plusieurs pansements, on enlève les drains et les mèches qui viennent facilement ; la température est tombée de 40°4 à 37°8 ; le même jour fistule stercorale qui se ferme seule en 15 jours ; cicatrisation normale. Revue en 1929 : éventration à la partie supérieure de l'incision ; guérie.

LXXVIII

Epouse C., 55 ans. — 12-11-27, 28-12-27.

Pas de crise antérieure, début de celle-ci il y a 8 jours ; ciphose depuis l'âge de 7 ans (certainement mal de Pott) qui rapproche le rebord costal du bassin ; naine ; tumeur de la fosse iliaque droite sans contracture ; le diagnostic est hésitant avec une tumeur, mais celui d'appendicite est posé fermement.

Renseignements opératoires : Abscess appendiculaire chez une personne âgée ; appendice gangrené, perforé avec un calcul stercoral.

Intervention le 12-11, Professeur Tixier : Incision de Roux ; protection ; ouverture de l'abcès ; appendicectomie sans enfouissement ; une petite compresse à la place de l'abcès ; un tampon imbibé d'huile camphrée couché sur le cæcum ; le tout fixé par deux crins.

Suites opératoires : Assez simples ; on mobilise la mèche le 5^e jour ; on l'enlève le 7^e ; la température n'a pas dépassé 38°4 le 9^e jour ; petite fistule stercorale qui se tarit spontanément. A partir de ce moment, suites simples. Revue en 1929 : Grosse éventration sur toute la cicatrice ; guérison, sans troubles digestifs.

LXXIX

Epouse C., 44 ans. — 6-9-29, 11-10-29.

A 19 ans aurait eu un abcès pelvien, évacué par colpotomie ; deuxième crise, opérée le 10^e jour environ ; à l'entrée, plastron de la fosse iliaque droite.

Renseignements opératoires : Gros abcès à pus épais, fétide, plaqué contre l'arcade crurale et descendant un peu dans le pelvis ; appendice gangrené et perforé ; calculs stercoraux libres dans l'abcès.

Intervention le 12-9, Docteur Pollosson : A. G. K. éther ; grande incision de Roux ; appendicectomie sans enfouissement ; 3 mèches, un drain ; on laisse tout ouvert.

Suites opératoires : Normales ; le 15-9, ablation du drain ; le 17-9, ablation partielle des mèches ; le 21-9, ablation des mèches ; sort en bonne voie de cicatrisation. Revue fin 1929 : Cicatrisation sans éventration, état général et local parfait.

LXXX

J. Victorien, 50 ans. — 22-8-19.

Pas de crise antérieure ; ni sucre, ni albumine ; opéré au 7^e jour.

Renseignements opératoires : Pus dans la fosse iliaque ; appendice en position interne et descendant ; perforation appendiculaire.

Intervention le 22-8, Professeur Tixier : A. G. éther ; incision de Roux ; appendicectomie ; enfouissement ; tout est laissé ouvert sans aucun point de suture ; un gros drain, une mèche.

Suites opératoires : Simples. Revu en 1929. pas d'éventration, quelques troubles intestinaux variables depuis.

LXXXI

P. Bernard, 31 ans. — 29-10-19, 5-12-19.

Opéré le 22^e jour.

Renseignements opératoires : Absès volumineux avec coque.

Intervention le 30-10 : A. G. éther ; incision de Roux

sur la partie saillante de l'abcès ; essai de décortication du cæcum pour rechercher l'appendice ; mais en raison de l'épaisseur de la coque de l'abcès, cette recherche est très laborieuse et on l'abandonne ; pas d'appendicectomie ; drainage.

Deuxième séjour, 6 mois après : appendicectomie.

Appendice très court, réduit à un moignon de 2 centimètres et enveloppé d'adhérences.

Intervention : A. G. éther ; incision de Jalaguier ; appendicectomie rétrograde ; fermeture totale.

Suites opératoires : Congestion pulmonaire ayant duré 4 jours.

LXXXII

B. Ernest, 35 ans. — 5-5-20, 5-7-20.

Opéré le 3^e jour ; état grave, pouls : 140.

Renseignements opératoires : Appendice gangrené et perforé ; un verre de pus cloisonné autour d'une plaque verdâtre sphacélique sur le cæcum.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Tavernier, le 4-5 : Incision de Roux ; appendicectomie ; deux petits drains vers le Douglas ; la paroi est fermée, sauf la peau.

Suites opératoires : Le 13-5, ouverture au doigt et drainage par deux drains d'un vaste abcès de la fosse iliaque droite.

Le 14-5, phlébite du membre inférieur droit ; gouttière.

Le 15-5, phlébite du membre inférieur gauche ; gouttière de Bonnet.

Le 25-6, gros plastron qui dépasse le pubis d'une main et déborde dans la fosse iliaque gauche ; un doigt rectal l'atteint à peine. Cet abcès est ouvert au doigt par la

plaie ; évacuation d'un litre de pus environ ; deux gros drains.

Le 27-6, ablation de la gouttière de Bonnet ; la mobilisation ne donne pas de température, pas de tachycardie. Sort le 5-7. Réponse en 1929 : Pas d'éventration ; il persiste un peu de faiblesse et d'œdème des jambes.

AUTRES INCISIONS ET INCISIONS NON SIGNALÉES

LXXXIII

B. Henriette, 46 ans. — 17-4-29.

Plusieurs crises abdominales douloureuses à droite ; très constipée ; goître légèrement basedowifié ; le diagnostic d'affection gynécologique est porté.

Renseignements opératoires : Absès appendiculaire autour d'un appendice rétro-cæcal.

Intervention le 1-5-29, Docteur Bertrand : Rachianesthésie excellente, 10 centigr. de scurocaïne ; incision de Pfannestiel ; utérus et annexes absolument sains ; protection ; vérification du cæcum et de l'appendice ; il y a un abcès appendiculaire ; appendicectomie, enfouissement ; deux petites mèches, un drain qui passent par le milieu de l'incision.

Suites opératoires : Le 7-5, ablation du drain, mobilisation des mèches ; le 8-5, ablation des mèches ; le 10-5, douleur au mollet droit, œdème, trois sangsues ; le 12-5, trois sangsues ; le 17-5, phlébite gauche, gouttière ; les 3 ou 4 jours suivants, la température est entre 38° et 39° ; le 6-6, ablation de la gouttière.

LXXXIV

B. Juliette, 21 ans. — 31-5-25, 3-7-24.

Une crise en 1923 ; pendant la deuxième crise, purgation ; opérée le 5° jour.

Renseignements opératoires : Abcès appendiculaire ; on trouve des débris aphacéliques que l'on ne peut identifier de façon certaine (appendice ?).

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Perrin : Incision de drainage.

Suites opératoires : Sans incidents, mais longues ; longue supuration ; sort guérie le 3-7. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale, tendance à la constipation.

LXXXV

T., épouse D., 26 ans. — 2-9-24, 3-10-24.

Deux crises antérieures, une il y a 6 mois ; opérée de la dernière au 3^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice englobé dans une masse d'anses grêles et d'épiploons ; petit abcès.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Guilleminet : incision non spécifiée ; appendicectomie ; une mèche, un drain.

Suites opératoires : Revue le 15-11-24 parce qu'elle souffrait au niveau de sa cicatrice ; rien à signaler. Réponse en 1929 : Pas d'éventration ; guérison, constipation.

LXXXVI

F. Albertine, 15 ans. — 3-10-25, 5-12-25.

Première crise ayant débuté il y a 36 heures.

Renseignements opératoires : Appendicite gangréneuse avec abcès.

Opérée à l'infirmerie de porte le 2-10, Docteur Guille-

minet : Rachianesthésie; appendicectomie; pas d'enfouissement possible ; une mèche qui protège le pelvis ; un drain dans le foyer ; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Aurait eu, au 15^e jour, un abcès pelvien (?). Réponse : Petite éventration grosse comme une noix ; grosse constipation depuis l'opération.

LXXXVII

Epouse G. ; B., 69 ans. — 7-3-26 ; décès le 22-3-26.

Opérée à la 66^e heure.

Renseignements opératoires : Un peu de liquide dans le péritoine; l'S iliaque est attiré par des adhérences dans la fosse iliaque droite ; abcès péri-appendiculaire à odeur fétide; gangrène de l'appendice avec perforation ; zone gangréneuse à sa base gagnant la paroi cæcale.

Opérée d'urgence, Professeur Tixier, le 7-3 : Incision non signalée ; appendicectomie ; on laisse tout ouvert ; mèches, drains.

Suites opératoires : Pendant 5 jours, pansements avec sérum antigangréneux. La malade semble avoir remarquablement supporté l'opération durant les cinq premiers jours. Mais, à partir de ce moment, comme confirmation de l'opinion de M. le Professeur Tixier qui n'a pas vu guérir une appendicite gangréneuse après l'âge de 60 ans, des complications apparaissent. En effet, au 5^e jour, hémorragie secondaire de la plaie ; les téguments prennent un aspect livide ; le 11^e jour, fistule stercorale ; le 12^e jour, phlébite gauche, muguet, pouls filant ; le 15^e jour, mort par collapsus progressif.

LXXXVIII

Epouse B..., 55 ans. — 16-11-26, 14-12-26.

Aucune crise antérieure ; opérée le 4^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice gangrené jusqu'à 1 centimètre de sa base ; abcès de la fosse iliaque.

Opérée à l'infirmerie de porte (incision non signalée) ; appendicectomie ; enfouissement ; un drain ; une mèche hémostatique en raison d'une hémorragie en masse des parois de l'abcès.

Suites opératoires : Guérison en 27 jours ; suites opératoires sans incidents sinon un abcès à la fesse. Revue le 15-11-30 : Grosse éventration ; orifice à l'emporte-pièce à la partie inférieure de l'incision.

LXXXIX

Epouse G. Elise 19 ans. — 3-2-29, 14-3-29.

Etrangère, interrogatoire impossible ; à l'entrée : état très grave ; température : 39° ; pouls : 130 ; langue rôtie.

Renseignements opératoires : Abcès appendiculaire rétro-colique ; appendice non recherché ; abcès trop profond, trop ancien.

Opérée à l'infirmerie de porte le 3-2-29, Docteur Bonnet : Pas d'appendicectomie ; drainage lombaire ; un drain, deux mèches.

Suites opératoires : Bonnes ; sort le 14-3.

XC

B. Antoinette, 39 ans. — 18-9-19 ; décès le 22-9-19.

Depuis 1913, albumine ; début de la crise le 16-9, douleurs, vomissements, purgation (Villacabras) ; s'alimente le 17 ; entrée le 18 au soir, pouls : 112, température : 38°7 ; ventre météorisé, vomissements ; on décide de ne pas opérer, le diagnostic n'étant pas formel (albumine) ; opérée le 6^e jour.

Renseignements opératoires : Il s'agit d'une appendicite pelvienne primitive, avec réaction minimum.

Intervention le 22-9, Professeur Tixier : Rachianesthésie ; laparotomie sous-ombilicale médiane ; abondante sérosité purulente dans le péritoine, à odeur fécaloïde ; en arrière des ligaments larges on crève une poche de pus très fétide ; appendice perforé qui est venu se fixer au point le plus déclive du Douglas ; un gros calcul ; drainage abdomino-vaginal avec un gros drain ; une mèche est étalée autour de l'utérus ; fermeture de la partie supérieure de l'incision. Il s'agissait d'une appendicite pelvienne primitive avec réaction minimum.

Suites opératoires : Morte dans l'après-midi. La cause de cette mort rapide n'a pas été élucidée (albumine ?).

XCI

P. Lucie, 52 ans. — 6-7-21.

Début il y a 10 jours ; à l'entrée, grosse tuméfaction dans le Douglas ; la douleur à la palpation prédomine dans la fosse iliaque gauche ; diagnostic pré-opératoire de kyste à l'ovaire tordu.

Renseignements opératoires : Grosse quantité de pus en liberté dans le péritoine ; après assèchement et cloisonnement, on ouvre 2, 3 autres loges où le pus cette fois est glaireux, à odeur fécaloïde ; on découvre l'appendice dont l'insertion cæcale n'est d'abord pas visible, mais qui aboutit dans la région ombilicale, au contact des anses grêles violacées ; la libération en est extrêmement difficile ; on la fait méthodiquement à l'aide d'un tampon ; on ouvre un abcès gros comme un œuf, logé entre deux anses grêles. La pointe de l'appendice baigne dans cet abcès où l'on trouve un gros calcul stercoral ; l'appendice

est alors suivi de la pointe à la base ; il est tendu comme une corde depuis l'abcès jusqu'au cæcum. On se porte sur le petit bassin et, au doigt, on ouvre un énorme abcès (1/2 litre) qui remplissait le Douglas.

Opération faite à l'infirmierie de porte le 6-7, Docteur Bonnet : A. G. éther ; incision médiane sous-ombilicale ; appendicite mésocæliaque. Appendicectomie, deux abcès ; réaction péritonéale, drainage abdomino-vaginal malgré que la femme soit vierge (52 ans). Fermeture partielle du péritoine autour du bout supérieur.

Suites opératoires : Amélioration progressive ; ablation du drain le 5^e jour ; guérison. Réponse en 1929 : Pas d'éventration, guérison totale.

XCH

Epouse R..., 30 ans. — 24-10-28, 8-12-28.

Occlusion intestinale datant de 4 jours chez une malade enceinte de 2 mois, ayant présenté il a 8 jours une crise diagnostiquée : appendicite.

Opérée à l'infirmierie de porte le 24-10, Docteur Rochet ; Laparotomie médiane sous-ombilicale ; on découvre des anses grêles dilatées au-dessus d'adhérences qui se sont formées dans la région appendiculaire ; en décollant ces anses, il sort un pus épais, jaune, très abondant ; on ne peut trouver l'appendice ; on se contente de placer un Mikulicz avec 3 mèches.

Suites opératoires : Le 31-10, expulsion spontanée d'un fœtus de 3 mois 1/2, avec rétention placentaire déterminant hémorragie importante ; aussi pratique-t-on d'urgence un curage utérin sans anesthésie.

Le 1-11, point de côté, crachats hémoptoïques, un petit souffle inspiratoire : infarctus ; le 4-11, fistule stercorale,

vraisemblablement sur le grêle ; le 8-12, cicatrisation en voie excellente ; fermeture de la fistule ; la malade rentre chez elle.

XCIII

A., veuve B., 45 ans. — 19-1-29 ; décès le 31-1-29.

Il y a 15 ans, intervention faite pour un abcès appendiculaire ; abolition des réflexes achilléens qui, au début, ont fait penser à une crise gastrique du tabès.

Renseignements opératoires : Occlusion du grêle datant de 8 jours.

Opérée d'urgence à l'infirmerie de porte le 19-1, Docteur Bertrand : A. G. K. éther.

1° Laparotomie sus et sous-ombilicale ; estomac vide (lavage pré-opératoire) ; anses grêles rouges, dilatées ; il s'agit d'une coudure du grêle au niveau de la cicatrice d'appendicectomie ; la coudure porte sur la dernière anse grêle ; réintégration très laborieuse des anses ; fermeture aux fils métalliques en un plan ;

2° Incision de Mac Burney à gauche : iléostomie de décharge.

Suites opératoires : La malade a parfaitement supporté l'opération. La sonde d'iléostomie donne abondamment à partir du 2^e jour ; mais elle a dû porter sur une anse haute, car c'est de la bile presque pure qui s'écoule. Le 28-1 (9^e jour) tout allait très bien lorsque est apparu, au niveau de l'incision sous-ombilicale médiane, une fistule du grêle, probablement due au fait qu'une anse a été prise dans un fil métallique. Le 30-1, la malade fait de la péritonite diffusante alors que, malgré tout, la partie semble gagnée ; elle meurt le 31-1.

Autopsie : Il s'agit bien d'une anse grêle prise dans un fil métallique ; l'iléostomie portait justement sur une des premières anses jéjunales.

XCIV

Epouse F., 43 ans. — 1-8-29 ; décès le 18-8-29.

Début de la crise abdominale 15 jours avant l'entrée à l'Hôpital ; elle s'est calmée peu à peu sous l'influence du repos et de la glace. Vient à l'hôpital pour tuméfaction de la région parotidienne droite, rouge, tendue ; température à 39° et 39°5.

Renseignements opératoires : Parotidite.

Intervention le 14-8, Docteur Pollosson : Petites mouchetures de la région parotidienne qui laisse sourdre des bourbillons (méthode de Jaboulay).

La température persiste. On se rend compte que la malade a un abcès pelvien. Le 18-8, colpotomie qui fait écouler une grosse quantité de pus fétide.

Suites opératoires : Décès dans la soirée.

Autopsie : Appendicite gangréneuse ; appendice pelvien complètement détaché, méconnaissable. Cavité pelvienne remplie de pus ; très nombreuses adhérences intestinales, de grêle à grêle, de grêle à anse sigmoïde ; deux anses grêles sont unies en canon de fusil et rattachées à la paroi par des brides pariétales multiples. Le clivage de toutes ces adhérences amène l'issue de pus de toutes parts. A côté de la grande collection, dans le Douglas, il existe de petites collections localisées par les adhérences ; une en particulier se trouve en avant de l'utérus, entre lui et la vessie ; son plafond est formé par le plastron iliaque du côlon iléopelvien dont l'anse adhère en avant à la paroi.

XCV

V. Anaïs, 48 ans. — 8-3-24, 4-4-24.

Amputée de cuisse pour affection chronique du genou. Hystérectomisée pour fibrome. A de la constipation. Vue à la fin de la 3^e semaine d'une crise douloureuse abdominale accompagnée de troubles urinaires. La température fut irrégulière et céda à 3 reprises, en même temps que les symptômes généraux s'atténuaient.

Abcès appendiculaire ouvert spontanément dans la vessie.

Vue par M. le Docteur Gauthier (urologiste), qui relate : « Il a été fait deux touchers vaginaux, l'un il y a douze jours, l'autre il y a trois jours. Le premier faisait constater un empâtement considérable et dur au fond du vagin, notamment en arrière et à droite. Cet empâtement faisait songer au néoplasme. A ce moment, M. le Professeur Tixier songe à un abcès appendiculaire ouvert dans la vessie. En effet, on pouvait rapprocher ces trois constatations : début par douleur et température brusque, tumeur pelvienne postéro-latérale droite, urines purulentes infectes.

Le deuxième toucher vaginal, pratiqué le 22-3, permettait de constater la régression considérable de l'empâtement périvaginal, qui n'existait plus que dans le Douglas.

Cystoscopie le 25-3. En plus d'un réseau capillaire anormalement dilaté, il faut noter une plaque verruqueuse rouge, de la dimension d'un petit écu, à droite, au sommet de la vessie ; il s'agit très probablement de la zone de rupture de l'abcès appendiculaire dans la vessie.

L'urine est claire, la température est anormale, la crise se termine. Il y a lieu de faire refroidir complètement

l'inflammation péri-appendiculaire, puis d'enlever l'appendice à froid. »

Sort en bon état le 11-4. Revue le 6-12-29 : Très bon état local.

XCVI

G. Antoine, 48 ans. — 1-1-21, 14-2-21.

Ethylisme certain ; opéré le 25-12-19 à Annemasse, pour abcès appendiculaire ; deux jours après, phlébite gauche. Vient pour une deuxième crise le 26-12-20, opérée le 17^e jour ; il existe une éventration au niveau de la cicatrice de la première intervention ; abcès appendiculaire profond.

Renseignements opératoires : Grande cavité abdominale libre sans adhérences ; abcès sous le bord latéro-inférieur du cæcum contenant un verre à liqueur de pus épais, non fétide.

Intervention le 11-1, Professeur Tixier : A. G. K. éther ; grande laparotomie iliaque libérant soigneusement deux orifices d'éventration. Protection du champ opératoire ; ouverture de l'abcès au doigt ; assèchement ; appendicectomie sous-séreuse ; enfouissement ; un petit drain en sautoir sur la face latérale du cæcum, au contact du psoas ; très petite mèche ; on ferme le péritoine autour ; reconstitution des aponévroses ; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Sort guéri le 14-2.

XCVII

D. Henri, 28 ans. — 9-2-27, 23-2-27.

Opéré dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Sérosité louche dans le ventre ; appendice en bas et en dehors ; petit abcès.

Intervention sous A. G. : Kélène, éther ; appendicectomie rétrograde ; enfouissement ; on assèche le petit abcès péri-appendiculaire ; un petit drain ; une mèche ; fermeture séro-musculaire.

Suites opératoires : Normales ; mobilisation de la mèche et du drain le 3^e jour ; ablation du drain le 5^e jour, de la mèche le 7^e jour. Sort guéri.

XCVIII

C. Louis, 16 ans. — 22-8-28, 4-10-26.

Première crise opérée à la 48^e heure.

Renseignements opératoires : Appendice sphacélé et perforé ; abcès pelvien.

Intervention à l'infirmerie de porte, Docteur Pollosson : Appendicectomie sans enfouissement ; un drain dans le Douglas ; deux mèches de cloisonnement dans la région iléo-cæcale ; une en dehors, une en haut ; pansement à plat au sérum anti-gangréneux.

Au cours des pansements, on verse le contenu d'une ampoule de sérum anti-gangréneux dans le drain pelvien ; suppuration un peu longue ; le 24-10, cicatrisation parfaite. Revient le 12-1-29, à une éventration due au drainage d'une part, et, d'autre part, à la paralysie musculaire par section d'un filet nerveux (Docteur Pollosson) ; est renvoyé aux beaux jours, pour cure d'éventration.

Deuxième séjour : 13-5-29, 1-7-29. Cure d'éventration.

Intervention le 23-5, Docteur Pollosson : A. G. éther ; excision de la cicatrice ; la découverte des plans anatomiques est relativement aisée et satisfaisante ; adhérence épiploïque légère que l'on résèque ; il y a de plus une

adhérence charnue du cæcum qui est délicate à libérer ; fermeture en trois plans sans drainage.

Suites opératoires : Le malade a fait un peu de suppuration de sa paroi ; il n'en reste actuellement qu'un point non cicatrisé que l'on cautérise au nitrate d'argent ; il reviendra aux pansements. Revu le 13-7, cicatrice chéloïdienne ; la petite fistule subsiste (tuberculose ?) ; on conseille héliothérapie à la campagne. Revu fin 1929 : guérison complète.

XCIX .

V. François, 35 ans. — 1-9-28, 21-9-28.

Renseignements opératoires : Gros abcès péri-appendiculaire.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Pollosson : A. G. éther ; appendicectomie, pas d'enfouissement ; un drain pelvien, une mèche.

Suites opératoires : Normales ; cicatrisation lente ; sort guéri le 21-9. Revu deux mois après : pas d'éventration.

C

T. Ernest, 28 ans. — 29-8-24, 11-9-24.

Vu le 15^e jour après une crise douloureuse abdominale (la première), ayant des troubles de la défécation et de la rétention d'urine depuis 12 heures.

Renseignements opératoires : Abcès pelvien.

Opéré à l'infirmerie de porte, le 30-8, Docteur Rochet : A. G. éther ; rectotomie médiane ; pus fétide en grande quantité.

Suites opératoires : Normales sans incidents ; sort le 11-9.

Deuxième séjour : 12-11-24, 4-12-24.

Revient pour se faire enlever l'appendice, la région appendiculaire étant restée douloureuse.

(C'est un exemple de plus que même avec un gros abcès appendiculaire, l'appendice n'est pas détruit.)

Intervention le 20-11-24, Docteur Rochet : Incision de Max Schüller ; aucune adhérence, cæcum mobile ; appendice d'apparence saine ; rétraction cicatricielle au niveau de la base ; à la coupe, appendice sain ; appendicectomie à l'ordinaire ; fermeture totale.

Suites opératoires : Normales ; sort guéri le 4-12-24. Revenu en mars 1929 avec une paroi abdominale bonne pour pyloroduodénite ; est alors opéré de gastro-entéro-anastomose.

CI

T. Joannès, 48 ans. — 10-10-29, 7-11-29.

A eu, en Orient, dysenterie et paludisme. Opéré le 10^e jour ; signes d'abcès abdomino-pelvien, avec rétention d'urine et œdème du périnée antérieur, rectite glaireuse.

Renseignements opératoires : Abcès pelvien.

Intervention le 11-10, Docteur Clavel : A. G. K. éther ; rectotomie antérieure ; après dilatation anale au doigt, on voit un petit orifice sur la paroi rectale antérieure par où sort du pus ; ouverture au dilateur de Loison ; il sort un litre de pus ; un drain.

Examen bactériologique du pus : les cultures ont montré du coli-bacilles, des streptocoques et un bacille anaérobie, le « bacillus ramosus » ; inoculation négative.

Suites opératoires : Simples ; sort guéri le 7-11 ; reviendra dans trois mois pour faire enlever l'appendice.

IV

Appendicites aiguës perforées avec péritonite diffuse

INCISION DE MAC BURNEY

I

L. Françoise. — 27-2-21, 5-4-21.

Une première crise en décembre 1919 d'une durée de un mois, constipation habituelle. 2^e crise ayant débuté le 26-2 à 16 heures; opérée à la 24^e heure.

Renseignements opératoires : Appendice sphacélé avec une perforation nécrotique de la base par où coule du liquide purulent d'aspect stercoral; grosse quantité de liquide purulent dans tout le ventre. Appendicite gangréneuse d'emblée, péritonite diffuse (examen bactériologique du pus : coli bacille).

Intervention le 27-2, Docteur Murard. A. G. éther; incision de Mac Burney; appendicectomie; enfouissement; un petit drain; en plus incision sus-pubienne; gros drain debout dans le Douglas.

Dans les suites opératoires : Gros abcès résiduel dans le Douglas; colpotomie le 11-3. Sort guérie. Réponse en 1929; pas d'éventration, guérison totale.

INCISION DE PAUL BONNET

II

T. Emile, 25 ans. — 18-12-29, 31-1-30.

A l'entrée, signes de péritonite appendiculaire diffuse.

Renseignements opératoires : Pus fluide en petite quantité à l'ouverture du péritoine, en assez grande quantité dans le Douglas; cæcum très adhérent; l'appendice est noyé dans un tissu lardacé; il est amputé à sa base, avec un méso friable qui cède en partie sous le fil.

Opération à l'infirmerie de porte le 18-12, Docteur Bonnet. A. G. éther; incision iliaque basse transversale, hémostase bonne; le lieu d'amputation de l'appendice n'est pas recherché et non enfoui; on aperçoit une anse grêle dépouillée de sa musculature sur une petite étendue; il faut attendre une fistule qui sera un événement favorable à la guérison; un gros drain; barrage de mèches tout autour, sans que celles-ci soient au contact du grêle, ce qui déterminerait une large fistule; fermeture partielle du péritoine et des muscles autour.

Suites opératoires : Fistule stercorale qui s'est fermée spontanément vers le 15-1; les suites opératoires thermiques ont été normales; part à peu près complètement cicatrisé le 31-1.

INCISIONS DE JALAGUIER

III

Epouse V. Marie, 52 ans. — 11-7-29, décès le 13-7-29.

Pas de crise antérieure.

Renseignements opératoires : Pus dans le ventre en petite quantité; appendice court en position normale, gangrené et perforé; méso infiltré.

Opérée à l'infirmerie de porte, le 11-7, Docteur Pollosson; incision de Jalaguier (12 centim.); appendicectomie; enfouissement à la soie, soigneuse; une mèche en haut, et une en dedans; un drain dans le Douglas; 3 points sur le péritoine; 3 points sur le plan apo-

névrotique; la peau est laissée ouverte; pansement au Dubard.

Suites opératoires : Décès le 4^e jour, pas de vérification.

IV

B. Jeanne, 23 ans. — 26-4-28.

Deux crises abdominales douloureuses antérieures, une il y a 5 ans et une l'année dernière; 3^e crise opérée le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice ascendant et interne recouvert de membranes, très tuméfié; perforé à sa base; pointe scléreuse (trace des crises anciennes).

Intervention le 27-4, Docteur Rochet; rachianesthésie, très bonne, incision de Jalaguier; appendicectomie; drain paracæcal; fermeture des plans profonds.

Suites opératoires : Très bonnes. Revue en 1919; pas d'éventration; guérison totale.

V

B. Marie, 16 ans. — 16-4-26, 14-5-26.

Pas de crise antérieure; opérée dans les 48 heures.

Renseignements opératoires : Gros appendice interne et gangrené, perforé au niveau de la pointe; liquide dans le Douglas.

Opérée à l'infirmerie de porte; incision de Jalaguier; appendicectomie; une mèche au contact; un drain debout; suture partielle de la paroi.

Suites opératoires : Ablation de la mèche de 4^e jour; du drain le 8^e jour; suites opératoires normales; part le 14-5.

VI

Z. Henri, 28 ans. — 28-8-21, 23-9-21.

Pas de constipation, pas de crise antérieure; opéré à la 66^e heure.

Renseignements opératoires : Péritonite diffuse; appendice perforé et gangrené, coiffé par l'épiploon qui lui forme une niche; épiploïte suppurée.

Opéré à l'infirmerie de porte le 28-8, Docteur Bonnet. A. G. K., éther; incision de Jalaguier; appendicectomie; résection de l'épiploon; drainage du Douglas; fermeture du péritoine; téguments laissés ouverts.

Suites opératoires : Amélioration progressive très rapide, sort guéri le 23-9.

VII

P. Joseph, 36 ans. — 7-11-24, décès le 11-11-24.

3 blessures de guerre, trépané; une crise à l'âge de 13 ans; 2^e crise opérée le 4^e jour.

Renseignements opératoires : Liquide séro-purulent sous tension dans le péritoine; gros appendice dur, tumescent, nécrosé à sa base.

Intervention le 7-11, Professeur Tixier; le malade est horriblement shoké; il est plombé; le ventre est tendu; ballonné; toute la paroi à droite est en état de défense; il ne respire que du flanc gauche; c'est l'histoire typique de la péritonite généralisée, diffusée. Incision de Jalaguier, grande. De grandes compresses sont glissées sous la paroi, vers l'ombilic, le foie et le pelvis. Le doigt glissé sous le cæcum permet de reconnaître l'appendice; il paraît impossible de suture la perforation cæcale; avec 2 fils de soie, on suspend le cæcum contre le péri-

toine pariétal; un gros drain dans le Douglas; on laisse les mèches en plein péritoine; pronostic extrêmement sombre.

Suites opératoires : Le malade meurt le 11-11 avec des signes de péritonite généralisée. Il y avait opposition à l'autopsie.

VIII

S. Georges, 25 ans. — 27-12-25, 10-2-26.

Pas de crise antérieure; opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice descendant interne; un peu de pus dans le péritoine; perforation au niveau de l'insertion cæcale.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet. A. G. éther; incision de Jalaguier; résection de la base appendiculaire; suture en 2 plans; éviscération à la fin de l'opération par faute d'anesthésie; un drain dans le Douglas; fermeture séro-musculaire.

Suites opératoire : Ablation du drain le 4^e jour; suites opératoires très simples; sort guéri le 10-2-26.

IX

K. Paul, 27 ans. — 2-4-26, 21-5-26.

Première crise opérée le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Liquide puriforme dans le péritoine; appendice perforé au niveau d'un calcul, adhérent et plaqué contre le cæcum.

Intervention le 2-4, Docteur Pollosson; incision de Jalaguier; appendicectomie; enfouissement; un drain

dans le Douglas et un pariétocolique; fermeture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Le 17-5, le malade a de la température depuis quelques jours et souffre au niveau du Grand Droit gauche, en-dessus de l'ombilic. Aucun trouble intestinal; il y a une collection dure, résistante, qui semble au voisinage du muscle Grand Droit; le 29-5, la tuméfaction constatée bombe davantage; A. G. Kélène; incision : un flot de pus à odeur fécaloïdale s'écoule; le doigt introduit sent le bord du muscle Grand Droit; du côté des obliques, un décollement assez étendu appelle une contre-ouverture; drain, mèche au Dakin. Le malade part en convalescence le 29 juin.

X

F. Marc, 15 ans. — 24-7-26, 11-8-26.

Première crise opérée le 3^e jour.

Renseignements opératoires : Liquide purulent dans le péritoine; membrane blanchâtre vers le cæcum; appendice antéro-interne; très turgescents; perforé à sa partie moyenne.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Rochet; incision de Jalaguier; appendicectomie; un drain sous-cæcal; fermeture musculo-séreuse en un temps.

Suites opératoires : Le drain est enlevé le 3^e jour; sort le 19-8 en bonne voie, pas complètement cicatrisé.

XI

M. René, 18 ans. — 22-10-26, 7-12-26.

Opéré le 2^e jour. A l'entrée : Température 39°5, pouls, 120; douleurs généralisées à tout l'abdomen, en parti-

culier dans le flanc gauche. Diagnostic : Péritonite diffuse d'origine appendiculaire; a pris une purgation.

Renseignements opératoires : Liquide purulent, fécaloïde dans le péritoine; grand appendice gangrené et perforé, avec un calcul libre dans le ventre; appendice latéro-cæcal dont la partie proximale est incluse dans une gangue inflammatoire de la paroi cæcale, ce qui rend l'hémostase très difficile.

Opéré à l'infirmerie de porte le 22-10, Docteur Bonnet; incision de Jalaguier; appendicectomie; une mèche hémostatique sur le cæcum; drain en anse dans le Douglas; fermeture de la paroi autour.

Suites opératoires : Les jours suivants, la température baisse progressivement ainsi que le pouls. Au 3^e jour, ablation prudente de la mèche; pas d'hémorragie; il n'y a pas d'écoulement par le drain, mais lorsqu'on l'enlève, il vient un flot de liquide roussâtre du petit bassin. Sort guéri le 7-12.

XII

W. René, 18 ans. — 1-2-27.

Peut-être une crise récente; opéré dans les 48 heures. Forme assez intense jusqu'au moment où, deux heures avant l'opération a eu une douleur abdominale subite et atroce qui s'est accompagnée d'un vomissement et d'élévation de la température à 38°7.

Renseignements opératoires : Ventre plein de pus avec 2 ou 3 calculs stercoraux libres; appendice complètement détaché au niveau de son insertion cæcale; la région de l'implantation cæcale est elle-même sphacélée.

Opération à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet; incision de Jalaguier; enfouissement de la zone d'insertion appendiculaire, en prenant loin sur le cæcum;

assèchement du Douglas; 2 gros drains dans le Douglas; fermeture du péritoine autour des drains.

Suites opératoires : Non signalées.

XIII

C. Paul, 15 ans. — 22-11-24, 30-1-25.

Pas de crise antérieure; opéré le 3^e jour. Le diagnostic est difficile, car il existe des signes nets de réaction péritonéale très diffuse, avec douleur dans l'hypocondre gauche; c'est à peine s'il existe à droite une défense musculaire plus grande; toucher rectal douloureux.

Renseignements opératoires : Appendice gangrené pelvien; peu de liquide péritonéal; l'appendice plonge dans le pelvis à cheval sur les vaisseaux iliaques; son extraction fait sourdre du pus putride, gris-noirâtre, car il est gangrené et perforé au niveau d'un calcul.

Opération à l'infirmerie de porte, Docteur Bonnet; incision de Jalaguier basse; appendicectomie; enfouissement; le Douglas est asséché; un drain dans le Douglas; fermeture autour du drain; la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : Le drain est enlevé le 10^e jour; pas de collection pelvienne. Sort cicatrisé le 30-1-25. Revu en 1929 : Pas d'éventration; guérison.

XIV

F. Joseph, 27 ans. — 1-6-27, 4-8-27.

Opéré le 5^e jour; admis ayant un très gros abcès occupant tout le bas-ventre et des signes généraux graves.

Renseignements opératoires : Pus sous tension dans le péritoine; trois loges mal cloisonnées entre les anses grêles, jusque dans la région méso-céliaque; l'appendice est trouvé dans un abcès à pus fétide amputé à sa base.

Opéré à l'infirmerie de porte le 1-6, Docteur Bonnel, incision de Jalaguier; on ne peut songer à faire un enfouissement sur les parois cæcales très œdémateuses, et que l'on ne peut attirer à l'extérieur; on laisse au contact du cæcum, deux drains habillés de gaze; on laisse les compresses de cloisonnement, l'une protégeant le Douglas, l'autre étalée sur l'épiploon.

Suites opératoires : La température reste élevée ; le 8-6, ablation des drains habillés, rétention derrière. Le 10-6, un abcès est ouvert au doigt dans la plaie; la température baisse un peu, mais reste aux environs de 39°.

Le 19-6, rectotomie pour abcès pelvien; à partir de ce moment, marche progressive vers la guérison. Réponse en 1929 : Eventration douloureuse au moment du travail

XV

F. Joannès, 19 ans. — 19-7-27, 10-8-27.

Pas de crise antérieure; opéré le 4^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice rétro-cæcal adhérent; perforé près de sa pointe.

Opéré à l'infirmerie de porte; incision de Jalaguier; appendicectomie difficile; un drain; fermeture de la paroi, sauf de la peau.

Suites opératoires : Très simples. Revu en 1929 : Pas d'éventration ; guérison complète.

XVI

M. Félix, 18 ans. — 31-12-28, 2-3-29.

Pas de crise antérieure; opéré à la 30^e heure; les signes d'appendicite sont réduits au minimum.

Renseignements opératoires : Liquide séro-purulent dans le péritoine (50 cmc); appendice perforé à la pointe; à l'ouverture, appendicite limitée à la pointe, abcès en battant de cloche.

Intervention le 31-12, Docteur Pollosson; incision de Jalaguier basse; appendicectomie; enfouissement ; un drain dans le Douglas; 2 mèches de cloisonnement.

Suites opératoires : Le 3^e jour, ablation du drain; le 8^e jour, ablation des cloisonnements; sort le 2-3-29 ; en bonne forme, pas complètement cicatrisé.

Revu en mars 1929; la plaie n'est pas encore cicatrisée; température vespérale; des antécédents familiaux tuberculeux font penser à une bacilliose discrète possible. Traitement par rayons ultra-violets. Revu en 1930 : A une petite éventration à la partie moyenne; guérison ; plutôt un peu constipé.

INCISIONS DE MAX SCHÜLLER

XVII

J. Jeanne, 26 ans. — 30-8-26, 21-9-36.

Pas de crise antérieure ; opérée le 3^e jour.

Renseignements opératoires : Ventre rempli de pus, mal cloisonné ; appendice gangrené, perforé près de son extrémité distale.

Intervention le 30-8, Docteur Pollosson : Incision de Max Schüller ; appendicectomie ; deux drains : un dans le Douglas, un derrière de cæcum ; une mèche entre les drains.

Suites opératoires : Ablation de la mèche le 5^e jour ; le 8-9, colpotomie qui évacue une volumineuse collection (pas de drain) ; sort le 21-9.

XVIII

G. Eugénie, 19 ans. — 2-6-28, 7-7-28.

Renseignements opératoires : Appendice gros, enflammé ; perforé à la base ; pus dans le ventre.

Opérée à l'infirmerie de porte le 2-6, Docteur Ricard : Incision de Max Schüller, appendicectomie ; une mèche, un drain ; paroi non suturée.

Suites opératoires : Simples. Revue en 1929 : petite éventration (la malade disait ne pas en avoir) ; se dit moins constipée qu'avant l'intervention.

XIX

D. Lucienne, 18 ans. — 11-6-28, 30-8-28.

Albuminurie légère depuis rougeole récente ; troisième crise opérée au 3^e jour.

Renseignements opératoires : Appendicite rétro-cæcale avec appendice fixé par sa pointe ; à sa partie moyenne, perforation sur une plaque de gangrène.

Intervention le 12-6, Docteur Bertrand : Rachianesthésie, 10 centigr. de scurocaïne, 1 ou 2 V. L. très bonne ; incision de Max Schüller ; appendicectomie difficile ; enfouissement ; une mèche, un drain en dehors du cæcum ; fermeture de la paroi, la peau exceptée.

Suites opératoires : Le 5^e jour, ablation de la mèche ; le 7^e, ablation du drain ; le 8^e jour, phlébite droite, sangsues ; le 32^e jour après l'opération, phlébite gauche ; sort le 30-8, guérie. Revue en 1929 : Pas d'éventration, souffre un peu de ses jambes ; guérison, pas de constipation.

XX

C. Eugénie, 19 ans. — 15-7-29, 11-8-29.

Pas de crise antérieure ; opérée à la 48^e heure.

Renseignements opératoires : Appendice gangrené au niveau de la pointe, avec issue d'un calcul stercoral au niveau d'une plaque de gangrène.

Opérée à l'infirmerie de porte le 15-7, Docteur Bertrand : A. G. K. éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie, enfouissement ; une mèche et un drain dans le Douglas ; fermeture totale, sauf de la peau.

Suites opératoires : Le 20-7, ablation du drain et de la mèche ; suites opératoires simples ; le 11-8, la malade part guérie, il ne lui reste que quelques pansements à faire.

XXI

G. André, 19 ans. — 19-10-23, 20-11-23.

Pas de crise antérieure, constipation habituelle ; opéré le 3^e jour.

Renseignements opératoires : Liquide louche dans le ventre ; pas d'adhérence ; appendicite gangréneuse ; appendice perforé en situation descendante et interne.

Opéré à l'infirmerie de porte le 19-10, Docteur Rochet : Incision de Max Schüller ; appendicectomie ; un drain ; suture musculo-séreuse.

Suites opératoires : Sort guéri le 20-11.

XXII

K. Chérif, 25 ans. — 9-10-24.

Syphilis ; pas de crise antérieure ; opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Liquide louche dans le péritoine ; appendice rétro-cæcal avec perforation de la pointe.

Opéré à l'infirmierie de porte le 9-10, Docteur Rochet : A. G. éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; assèchement ; fermeture totale.

Suites opératoires : Absès de la paroi ; on doit enlever les fils cutanés ; pas de suture secondaire ; le 19-11, guérison.

XXIII

V. Louis, 59 ans. — 27-1-25 ; décès le 2-2-25.

Antécédents d'ulcère gastrique avec des périodes de vomissements quotidiens qui calment les douleurs ; opéré le 2^e jour de la crise (a travaillé le jour de l'opération) ; signes de péritonite généralisée, le maximum des signes est dans la région ombilicale.

Renseignements opératoires : Liquide louche dans le ventre ; appendicite méso-cæliaque, avec gangrène appendiculaire qui a sectionné l'appendice ; un calcul libre dans le ventre.

Opéré à l'infirmierie de porte le 27-1, Docteur Rochet : A. G. K., éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie, mais on ne peut pas avoir la pointe de l'appendice qui reste dans la région ombilicale ; on met à son contact deux drains et une mèche ; on laisse tout ouvert.

Suites opératoires : Le malade meurt le 2-2 ; état toxémique et péritonite.

XXIV

M. André, 20 ans. — 2-3-26, 4-4-26.

Pas de crise antérieure ; opéré le 2^e jour ; à l'entrée,

contracture généralisée de la paroi abdominale qui doit faire soupçonner une forme grave avec probablement perforation appendiculaire.

Renseignements opératoires : Grande quantité de liquide séro-purulent ; anses grêles recouvertes de fausses membranes ; appendice en position descendante et interne perforé à la pointe.

Opéré à l'infirmerie de porte le 2-3, Docteur Rochet : A. G. K. éther ; incision de Max Schüller : appendicectomie ; aspiration dans le Douglas et dans le couloir pariéto-colique rempli de pus ; un drain dans le Douglas et un dans le sillon pariéto-colique ; fermeture musculoséreuse.

Suites opératoires : La température a mis 12 jours pour descendre en dessous de 38° ; suppuration abondante ; sort à peu près complètement cicatrisé le 4-4. Revu en 1929 : Grosse éventration, pas de troubles intestinaux.

XXV

P. Claudius, 40 ans. — 21-5-27, 21-6-27.

Trois ou quatre crises antérieures ; opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : 200 grammes de pus dans le Douglas ; adhérence de l'épiploon à la région appendiculaire ; appendice gangrené et perforé, avec un calcul à sa partie moyenne.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur de Rougemont : Incision de Max Schüller ; résection épiploïque ; appendicectomie ; enfouissement ; un drain dans le Douglas, un dans le corridor para-colique, une compresse du côté du Grand Droit, une compresse vers le Douglas.

Suites opératoires : Très rapidement apyrétiques ; sort guéri le 21-6.

XXVI

V. Jean, 18 ans. — 13-9-28.

Pas de crise antérieure, opéré à la 56^e heure.

Renseignements opératoires : Liquide purulent, abondant, d'odeur fécaloïde dans le péritoine; la pointe de l'appendice est enroulée sur elle-même et perforée.

Intervention : Incision de Max Schüller; appendicectomie, pas d'enfouissement; une mèche et un drain au contact; fermeture.

Suites opératoires : La température est tombée progressivement en 5 jours; ablation de la mèche le 7^e jour; suites opératoires simples. Réponse : Pas d'éventration, guérison.

XXVII

R. Pierre, 21 ans. — 31-3-28; décès le 21-4-28.

Opéré le 3^e jour; à l'entrée, température : 38°7, pouls : 120; contracture; on a l'impression d'une péritonite qui diffuse vite.

Renseignements opératoires : Appendice bas sphacélé et perforé; péritonite diffusante sans adhérence; pus en grande quantité.

Opéré à l'infirmerie de porte le 31-3, Docteur Ricard : Incision de Max Schüller; appendicectomie; enfouissement; gros drain dans le Douglas; mèche; fermeture des plans profonds, la peau est laissée ouverte.

Suites opératoires : le 10-4 (8^e jour), température normale, ablation des mèches; le 14-4, le malade a eu dans la nuit un vomissement, ventre souple, gaz (indigestion); le 16-4, nouveaux vomissements, ventre souple. Le 18-4,

dans la nuit, le malade a souffert énormément, il continue à vomir, et l'interne de garde a vu des ondes péristaltiques; le 18-4, Professeur Tixier : A. G. éther; les signes d'une occlusion par coudure adhérentielle sont évidents; il faut agir de suite.

Laparotomie médiane : à l'ouverture du péritoine, écoulement de liquide ascitique sans réaction inflammatoire (c'est la signature d'une occlusion extrinsèque); on découvre des anses grêles, dilatées, violacées, alors qu'à leur voisinage se trouvent des anses type intestin de poulet.

En plusieurs points, coudures adhérentielles que l'on rompt et dont on fait l'hémostase, car il y a déjà une circulation intense indiquant qu'elles sont anciennes; on rétablit la continuité du grêle.

A l'union des parties dilatées et rétrécies, on glisse l'aspirateur de Villard, et on retire un litre 1/2 d'un liquide d'apparence très septique; on fixe une sonde de Nélaton pour créer une entérostomie; réintégration; un gros drain sus-pubien plongeant dans le Douglas. L'entérostomie est maintenue.

Suites opératoires : Pas de choc opératoire très manifeste; un litre de sérum sous la peau; 100 cm³ de sérum hypertonique intraveineux en 5 injections.

Le 19-4, température à 40°, pouls à 130, hoquet; un litre de sérum sous-cutané; 80 cm³ de sérum intraveineux en 4 injections.

Le 20-4, température à 40°5, pouls toujours à 130; écoulement de liquide par la sonde.

Dans la nuit du 20 au 21, refroidissement, collapsus; huile camphrée intraveineuse. Le malade est emmené par sa famille et meurt en route.

XXVIII

L. Albert, 17 ans. — 28-6-28, 29-7-28.

Pas de crise antérieure ; opéré au début du 3^e jour.

Renseignements opératoires : Appendice pelvien perforé à sa partie moyenne, un verre à liqueur de pus.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Bertrand : A. G. K. éther ; incision de Max Schüller ; aspiration du pus ; appendicectomie, enfouissement ; deux drains dans le Douglas ; une mèche interne, une mèche externe ; fermeture partielle de la paroi au-dessus.

Suites opératoires : Ablation des drains au 3^e jour, des mèches les 7^e et 8^e jours ; sort en bon état de santé le 29-7. Revu en 1919 : Légère éventration ; pas de troubles intestinaux.

XXIX

C. Louis, 32 ans. — 24-9-28, 28-10-28.

Opéré à la 48^e heure ; ventre de bois ; contracture épigastrique.

Renseignements opératoires : Pus libre dans le ventre ; appendice rétro-cæcal perforé et gangrené.

Opéré à l'infirmerie de porte le 24-9, Docteur Bertrand ; Rachianesthésie très bonne, 10 centigr. scurocaïne ; incision de Mac Schüller ; appendicectomie ; enfouissement difficile ; une mèche externe, une mèche interne ; un drain dans le Douglas, un drain latéro-colique ; tout est laissé ouvert.

Suites opératoires : Très bonnes ; ablation des mèches le 12^e jour, du drain pelvien le 14^e jour ; sort guéri le 28-10. Revu en 1929 : Petite éventration, pas de constipation.

XXX

R. Jean, 17 ans. — 6-10-28, 6-11-28.

Opéré à la 36^e heure.

Renseignements opératoires : Appendice gangrené à la pointe et perforé.

Opéré à l'infirmerie de porte le 6-10, Docteur Pollosson : Incision de Max Schüller ; appendicectomie sans enfouissement ; un drain dans le Douglas, un drain dans la région cæcale, plus deux mèches ; tout est laissé ouvert, sérum anti-gangréneux local.

Suites opératoires : Ablation des drains et mèches les cinquième et sixième jours ; à la suite des injections de sérum anti-gangréneux, le malade a fait une éruption importante, des arthralgies, avec élévation de température le 12^e jour. Ces accidents ont rapidement cessé après l'administration de chlorure de calcium et des injections sous-cutanées d'adrénaline. Revu en 1929 : Petite amorce d'éventration ; quelques troubles digestifs sans vomissements ; reviendra tous les trois mois.

Deuxième séjour : 30-6-30.

Revient pour cure d'éventration.

Intervention le 3-7-30, Docteur Pollosson : A. G. éther, excision de la cicatrice et d'adhérences épiploïques qui pénètrent dans l'orifice d'éventration. Résection d'un fragment d'épiploon ; fermeture très satisfaisante et solide : un bon plan péritonéal, deux plans musculaires ; fermeture cutanée sur un drain.

Suites opératoires : Simples.

XXXI

G. Lucien, 25 ans. — 5-3-20, 13-3-29.

Plusieurs crises bénignes ; dernière crise opérée dans les 24 heures.

Renseignements opératoires : Appendice sphacélé, perforé ; péritonite séro-purulente diffuse.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Pollosson ; A. G. éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; un drain pelvien, un drain pariéto-colique, deux mèches imbibées de sérum anti-gangréneux.

Suites opératoires. — Le 2^e jour, un petit infarctus sans suites ; le 4^e jour, ablation du drain de la gouttière pariéto-colique ; le 7^e jour, ablation du drain du Douglas ; le 14^e jour, ablation totale des mèches ; sort guéri le 13-4. Réponse : Guérison, pas d'éventration.

XXXII

J., 54 ans. — 20-5-29 ; décès le 25-5-29.

Opéré le 2^e jour, purgation.

Renseignements opératoires : Pus libre dans la cavité péritonéale ; appendice perforé à sa partie moyenne.

Opéré à l'infirmerie de porte, Docteur Bertrand : Incision de Max Schüller ; appendicectomie ; enfouissement difficile ; deux mèches en dedans ; un drain dans le Douglas ; un drain latéro-cæcal.

Les *suites opératoires* semblaient vouloir être bonnes, malgré l'apparition précoce d'un sub-ictère des conjonctives, malgré la date tardive des gaz (78^e heure), lorsque le 24-5, brusquement alors que la température était à 37°5, celle-ci s'élève à 41° ; le malade eut du délire, de la diarrhée toxique, et meurt dans la nuit.

XXXIII

D., 18 ans. — 16-9-29, 20-10-29.

Opéré le 2^e jour.

Renseignements opératoires : Péritonite suppurée ; gros appendice gangrené et perforé, un calcul stercoral.

Opéré à l'infirmerie de porte le 16-9 : A. G. éther ; incision de Max Schüller ; appendicectomie ; pas d'enfouissement ; un drain, deux mèches.

Suites opératoires : La température descend progressivement. Le 18-9, ablation du drain ; le 23, ablation d'une mèche, mais hémorragie, on doit en placer une autre ; le 25, mobilisation des mèches ; le 27, ablation totale ; le 28, fistule intestinale qui guérit spontanément ; sort à peu près cicatrisé le 20-10. Revu en mars 1930 : Eversionation.

Deuxième séjour : 27-5-30, 8-6-30.

Revient pour cure d'événtration.

Intervention le 21-5, Docteur Clavel : Rachianesthésie, 8 centigr. scurocaïne, très bonne résection de la cicatrice chéloïdienne ; il existe une adhérence filiforme du cæcum, et très large de l'épiploon (3 ligatures sont placées sur l'épiploon) ; surjet péritonéal ; un seul plan musculaire aux catguts chromés ; drainage par un faisceau de crins.

Suites opératoires : Normales ; continue à souffrir dans la région lombaire ; les radiographies de la colonne lombaire sont négatives. Sort le 8-6-30.

INCISIONS NON SPÉCIFIÉES

XXXIV

R. Jeanne, 18 ans. — 21-7-28, 16-8-28.

Est envoyée d'urgence du service de médecine de M. Bouchut.

Renseignements opératoires : Péritonite généralisée d'origine appendiculaire ; appendice pelvien énorme, perforé à sa base.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Pollosson; appendicectomie; pas d'enfouissement; un drain dans le Douglas; trois mèches péri-cæcales.

Suites opératoires : Le 16-8-28, la malade, bacillaire avérée, qui présente des signes pleuraux et pulmonaires, passe chez M. Cordier.

XXXV

B. Emilie, 22 ans. — 6-3-28, 1-4-28.

Pas de crise antérieure franche; douleurs assez fréquentes à droite; opérée le troisième jour.

Renseignements opératoires : Liquide purulent dans le Douglas, appendice gangrené, non perforé, en situation pelvienne.

Opérée à l'infirmerie de porte le 6-3, Docteur Pollosson; incision basse; appendicectomie; un drain dans le Douglas; un autre dans la fosse iliaque; fermeture du péritoine.

Suites opératoires : Très simples; ablation des deux drains le 23-3; pas d'abcès pelvien.

XXXVI

V. Cécile, 21 ans. — 9-2-28, 9-3-28.

Opérée le troisième jour.

Renseignements opératoires : Liquide louche; un peu de pus au niveau de la pointe d'un appendice perforé; calcul stercoral.

Opérée à l'infirmerie de porte, Docteur Perrin; appendicectomie; enfouissement; un drain dans le Douglas; un dans la fosse iliaque.

Suites opératoires : Ablation des drains le quatrième

jour; suites opératoires normales. Revue en 1929; petite éventration; tendance à la constipation, comme avant.

XXXVII

B. Félix, 40 ans. — 13-11-21. (Cette observation a été publiée dans la thèse de Trésarieux, Lyon, 1922, relative à l'incision de Pozzi dans les abcès sous-péritonéaux.

Opéré d'une hernie inguinale gauche en 1907; blessé de guerre, gazé; gros orteil gauche gelé.

Opéré le troisième jour. Diagnostic pré-opératoire : appendicite avec péritonite par perforation et occlusion, probablement appendicite méso-cœliaque; quelques réserves cependant en faveur d'un ulcère gastrique.

Renseignements opératoires : Liquide séro-purulent dans le péritoine; appendice dans la fosse iliaque (donc pas méso-cœliaque), long, enroulé en cor de chasse, gangrené, perforé au niveau d'un calcul; sa pointe se prolonge au devant des vertèbres lombaires.

Opéré à l'infirmerie de porte le 13-11; A. G. éther; Docteur Bonnet; appendicectomie; drainage du Douglas à la Kehr; fermeture du péritoine autour du drain; les tégu-ments ne sont pas suturés.

Suites opératoires : Le drain est enlevé le cinquième jour; amélioration progressive depuis l'intervention. Le 6-12, signes d'abcès pelvien en formation. Le 8-12, les urines sont devenues purulentes, le matin, et la température a un peu baissé. Cystoscopie qui ne montre pas de perforation.

Le 10-12, Docteur Bonnet, A. G. éther; incision inguinale (laparotomie sous-péritonéale de Pozzi); on passe en dedans des éléments du cordon; au ras de l'épine du pubis, et on retire des flammèches purulentes à odeur

appendiculaire; une pince courbe va jusqu'à l'intérieur de l'abcès qui bombe contre la paroi rectale. On a donc la certitude d'avoir tout ouvert. Un drain habillé est placé profondément jusqu'au contact de la paroi rectale. Le 15-12 (5^e jour), ablation du drain; le 15-12, on perçoit encore par le toucher rectal une tuméfaction molle qui correspond à l'abcès s'évacuant par l'orifice inguinal. Le 24-12, le malade est encore un peu constipé; il a de faux besoin qui le mènent en diarrhée à la selle; plus de troubles urinaires; la température rectale est en voie de diminution. Le 30-1-22, part en convalescence. Revu en 1929, pas d'éventration.

V

Eventrations post-appendiculaires opérées

Les malades n'ont pas subi l'appendicectomie
dans le service

I

Epouse B., 27 ans. — 6-10-30.

Appendicite il y a sept ans, opérée d'urgence par le Docteur Denis, à Mâcon, en deux temps : août 1923 et septembre 1923; aucun autre antécédent pathologique. Les troubles remontent à six mois; la malade s'aperçoit alors qu'une petite tumeur apparaît au niveau de la cicatrice, pendant les efforts; tiraillements.

Eventration (du volume d'une noix); rien aux orifices herniaires.

Le 9-10-30, intervention par le Docteur Clavel; rachianesthésie, 10 ctgs de scurocaïne; L. I, L. II très bonne; on excise la cicatrice et on fait la cure d'éventration radicale suivant la méthode ordinaire; fermeture en un plan après vérification que l'appendice a été enlevé.

Suites opératoires simples.

II

G. Berthe, 28 ans. — 23-9-30.

Appendicite aiguë opérée à l'infirmierie de porte par le Docteur Santy en 1922; l'éventration est devenue douloureuse depuis un an environ : douleurs lombaires; douleurs au niveau de la cicatrice, céphalées fronto-occipita-

les. Il y a huit jours : douleurs vives au niveau de la cicatrice; un vomissement.

Bon état général; examen négatif.

Intervention le 25-9, Professeur Tixier, A. G. K. éther; incision elliptique allongée, permettant d'enlever la cicatrice; on repère successivement en dehors et en dedans le grand oblique et le transverse. Entrée dans le ventre; excision du péritoine auquel l'épiploon sous-jacent est largement adhérent. On extériorise le cæcum, on trouve une cicatrice au niveau de l'insertion de l'appendice qui a été enlevé; on libère de nombreuses adhérences épiploïques; hémostase soignée; fermeture de la paroi : 1° surjet sur le péritoine doublé du transverse; 2° points séparés sur le grand oblique; 3° fermeture à points séparés sur la peau, sans drainage.

Suites opératoires simples; clocher à 40° le onzième jour avec céphalée, sans lendemain.

III

Epouse D., 39 ans. — 12-8-29, 11-9-29.

Etrangère, pas de renseignements; aurait été opérée en Grèce pour appendicite; énorme éventration, non douloureuse; très facilement réductible; grosse adiposité.

Eventration.

Opération le 20-8; Docteur Pollosson; A. G. Kélène, éther; énorme incision enlevant la cicatrice étoilée; cure radicale difficile par la présence de plusieurs orifices herniaires, d'adhérences épiploïques, d'amaigrissements des parois et des multiples difficultés inhérentes à ce genre d'opération; fermeture à deux plans : un péritonéal et un musculaire; et trois fils métalliques transfixants; fermeture de la peau sans drainage.

Suites opératoires simples; cicatrisation par primam,

Revue le 30-11-29 (Professeur Tixier). Revient avec un point faible au niveau de la partie inférieure de sa cicatrice; à revoir dans six mois pour réintervention, si possible.

IV

B. Julia, 22 ans. — 22-4-29, 16-5-29.

Opérée en 1922, par le Docteur Guiliani, pour abcès appendiculaire, appendicectomie, drainage, cicatrisation par deuxième intervention en quatre mois; éventration devenue douloureuse depuis trois semaines.

Eventration.

Intervention le 23-4, Professeur Tixier, A. G. K. éther : excision de la cicatrice; libération du cæcum adhérent au péritoine pariétal; on constate que l'appendice a bien été enlevé; libération très satisfaisante des adhérences après une résection épiploïque partielle; fermeture avec un plan péritonéal; deux plans aponévrotiques; un drain sous-cutané.

Le drain est enlevé le troisième jour; suites opératoires simples; hématome de la paroi; fermeture per primam; le 27-4, un petit infarctus.

V

S., épouse P., 33 ans. — 26-1-27, 18-2-27.

A été opérée à l'âge de 11 ans, pour appendicite à chaud; a eu six grossesses; l'éventration a été constatée au cours de la première grossesse. Depuis 2 ans, phénomènes douloureux au niveau de l'éventration, coliques, constipation; pas de vomissements; état général excellent.

Cure d'éventration, Professeur Tixier; rachianesthésie;

par une immense incision elliptique, on délimite la cicatrice de l'ancienne intervention; hémostase. En se portant très haut, puis très bas, en dessus et en dessous de l'éventration, on reconnaît la disposition anatomique normale des aponévroses et des muscles, et on arrive à circonscrire l'hiatus péritonéal; on entre dans le ventre et on libère dans la circonférence le grand épiploon qui est presque tout entier hors du ventre, où il attire le côlon transverse. Comme l'artère épigastrique passe exactement aux confins du péritoine, on la lie en haut et en bas; enfin on fait un surjet sur le péritoine; fermeture des aponévroses et des muscles; un gros drain sous la peau.

Suites opératoires excellentes; cicatrisation par première intention. Très beau résultat. Vu par la suite.

VI

Epouse T. Françoise, 50 ans. — 25-10-25, décès 14-11-25.

Antécédents : pas d'enfant; pas de passé pathologique, sauf plusieurs crises abdominales douloureuses, et, il y a cinq ans, au troisième jour d'une crise appendiculaire, elle fut opérée d'urgence à l'infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu (Docteur Perrin); deux mois après sa sortie de l'hôpital, une éventration apparaît brusquement au niveau de la cicatrice, lors d'un travail pénible et s'accompagne de phénomènes de subocclusion. Cette éventration a, depuis, beaucoup augmenté de volume; elle s'accompagne de coliques intestinales et de constipation opiniâtre. Cinq jours avant son entrée, elle eut une crise de subocclusion avec vives douleurs, vomissements abondants et arrêt du transit intestinal, qui céda le quatrième jour à l'administration de lavements et à la glace.

A l'entrée, malade obèse (108 kilogs); elle a une éventration formidable au niveau de la fosse iliaque droite; la masse intestinale qui a glissé sous la peau est grosse

comme une tête d'adulte; elle est incomplètement réductible. L'examen médical ne décèle par ailleurs rien de particulier; urines : ni sucre, ni albumine.

Intervention le 12-11-25; Professeur Tixier. Il a été impossible de faire une rachianesthésie. A. G. K. éther. Immense incision elliptique, allant presque de l'épine du pubis à la région sous-hépatique. On va très loin tout autour chercher le rebord tranchant des muscles et aponévroses qui sont rétractés. Le sac transparent est isolé jusqu'à son collet qui correspond à un orifice pariétal large comme une paume de main. Ouverture du péritoine; des anses se précipitent en dehors; pas d'épiploon, mais des anses épaissies, enflammées; il est presque impossible de reconnaître l'intestin grêle du gros intestin. On voit au-dessus du cæcum une bride pariétale qui est probablement le ligament de l'angle droit; il est certain que c'est à ce niveau que les phénomènes d'obstruction ont débuté. Grâce à une anesthésie parfaite, on réintègre complètement l'intestin et on suture avec soin la paroi.

Suites opératoires : La malade a été relativement peu shokée, et l'on aurait pu le lendemain espérer un bon résultat. Le lendemain, température à 38°2 le matin et 38°5 le soir; pouls à 115. Mais dès le surlendemain matin, moins de 48 heures après l'opération, brusquement, symptômes de collapsus; température à 40°1; la malade succombe.

VII

B. Marguerite, 21 ans. — 20-1-19, 10-2-19.

Large éventration secondaire à une appendicectomie à chaud; contenu épiploïque irréductible.

Cure radicale le 28-1-19; A. G. K. éther. Résection elliptique de la cicatrice et de l'épiploon sous-jacent adhérent. Dissection des différents plans et reconstitution de la pa-

roi par : 1° suture péritonéo-musculaire, muscles, petit oblique et transverse; 2° suture de l'aponévrose du grand oblique; drain sous la peau, suture cutanée. L'appendicectomie a été vérifiée.

Très bonnes suites opératoires.

VIII

D. Marcel, 24 ans. — 24-4-24, 17-5-24.

Intervention le 30-4, Docteur Rochet; cure radicale d'éventration sans incident; suture en deux plans à points séparés.

Sort guéri.

IX

D. Pierre, 36 ans. — 25-11-24, 30-12-24.

Opéré d'appendicite en 1922 à Vienne (Isère) (à ce moment, malade, gros : 74 kgs, la suppuration a duré 45 jours); deux mois après apparition de l'éventration à la partie supérieure de la cicatrice.

Enorme éventration douloureuse sur toute la hauteur de la cicatrice, amaigrissement (poids : 65 kgs).

Intervention le 2-12, Professeur Tixier : A. G. éther, incision qui circonscrit la cicatrice; on entre dans le péritoine loin et très haut; on libère l'intestin qui est adhérent au péritoine sur une très grande étendue; exploration de l'angle iléo-cæcal, pas d'appendice; puis on dessèque successivement les aponévroses, le tissu cellulaire et la peau; suture à trois étages; surjet sur le péritoine; points séparés sur les aponévroses; crins sur la peau; drain sous-cutané.

Suites opératoires excellentes; ablation des fils le onzième jour; sort cicatrisé le 30-12.

Mortalité

L'ensemble des observations d'appendicite aiguë qui précèdent, s'élève au nombre de 287. A celles-ci doivent s'ajouter 47 observations avec 1 décès, qui ne figurent pas ici, car les renseignements les concernant sont insuffisants :

Le nombre total des cas soignés pendant la décade 1919-1929 dans le service de M. le Professeur Tixier est donc de 334 et la mortalité d'ensemble de :

$$\frac{18 \text{ décès}}{334} = \mathbf{5,38 \%}$$

Il y a en plus un décès consécutif à une cure d'évén-tration, chez un malade n'ayant pas subi l'appendi-
cectomie dans le service. S'il est ajouté, la proportion
de mortalité s'élève à 5,68 %.

Nous avons déjà rappelé que la mortalité augmen-
tait avec le retard apporté à l'intervention et avons
donné la statistique de de Quervain.

Dans nos observations également, les cas de mort
sont survenus la plupart chez des malades vus tardi-

vement : il y a 12 décès chez des opérés du quatrième au vingt-sixième jour de la crise et 6 chez des opérés du deuxième et troisième jours.

Il n'est pas moins intéressant d'apprécier la gravité avec l'importance des lésions trouvées au cours de l'acte opératoire.

I. — Le premier groupe d'observations, nous l'avons vu, comprend tous les *cas non drainés*. Comme il s'agissait d'adultes et que les idées d'Ombredanne n'ont pas été appliquées, le drainage n'a pas été jugé opportun dans ces cas simplement parce que les lésions étaient pour la plupart au début et sans forte réaction péritonéale, étiquetées, le plus souvent, comme l'indique le compte rendu opératoire, « appendicite banale ».

Ici la mortalité est très faible, de $1/84 = 1,2 \%$.

Le décès a été dû à une crise d'occlusion post-opératoire pour laquelle une cœcostomie 2^e avait été pratiquée.

II. — Le deuxième groupe, les *cas drainés*, qui avaient une réaction péritonéale plus ou moins accusée, des lésions gangreneuses, etc...

a une mortalité de : $1/65 = 1,6 \%$

Le décès fut secondaire à une péritonite diffusante qui n'a pas été arrêtée par l'opération.

La léthalité augmente à mesure que les lésions sont plus graves.

III. — Dans le troisième groupe, celui des *abcès appendiculaires*, il y a 9 morts post-opératoires sur 101 cas, c'est-à-dire : **9 %**

Les causes de mort ont été pour la plupart des cas la péritonite aiguë, trois fois l'occlusion intestinale et une fois la gangrène de la paroi abdominale chez une diabétique.

Dans la grande majorité des abcès appendiculaires, l'appendice fut enlevé. Dix fois seulement, soit dans la proportion de 10 %, il ne put l'être en raison de trop grosses difficultés ou de trop gros risques, et six fois pour raison majeure, car l'opération fut simplement une rectotomie ou une colpotomie primitive. Dans ce petit nombre de cas, la mortalité a été sensiblement comparable à la précédente.

IV. — Les *péritonites généralisées* par perforation de l'appendice sont les formes les plus graves :

37 observations ont donné 5 décès, soit **13,5** %.

En résumé, avec l'importance des lésions, la mortalité est passée successivement

de **1** % à **9** %, puis à **13,5** %

Chauvenet de Thouans a donné dans le *Bordeaux Chirurgical* (Juillet 1930), une statistique récente de 350 cas, qui est à peu près comparable à la nôtre :

0,9 % de décès dans les cas simples;

5,5 % — dans les abcès appendiculaires;

14,7 % — dans les péritonites par perforation.

Nous ne voulons pas rappeler toutes les statistiques de mortalité dans l'appendicite aiguë, qui ont été publiées récemment. Dans le nombre nous citerons seulement :

Une statistique Allemande publiée par Reidel en 1927 et portant sur 1.016 cas : la mortalité, suivant les cas, va de 0,5 à 12,9 %; et une Anglaise, concernant les

hôpitaux de Londres, de 1920-1923, donnée par Mac Neill Love, où elle varie entre 0,9 % et 20,5 % des cas simples aux péritonites généralisées.

QUELLES ONT ÉTÉ LES CAUSES DE MORT?

Sur 17 décès dont nous donnons les observations, 6 ont été occasionnés par la *péritonite diffusante* :

Deux fois elle existait déjà très marquée avant l'opération (groupe IV, obs. 7 et 23). Ce furent des péritonites par perforation opérées les deuxième et quatrième jours de la crise. Dans la première, l'opération avait été particulièrement laborieuse, l'orifice cœcal de l'amputation spontanée de l'appendice n'avait pas été oblitéré et pour parfaire le cloisonnement par les mèches, le cœcum avait été, en cours d'intervention, suspendu par deux fils de soie à la paroi abdominale antérieure.

La deuxième observation était celle d'une forme mésocœliaque, particulièrement redoutable par son siège.

L'observation II, 46, est un cas de péritonite qui évolue d'abord à bas bruit, mais n'en conserve pas moins toute sa gravité.

Dans l'obs. III, 68, abcès pelvien primitif, opéré le septième jour, par voie abdominale, l'intervention avait été particulièrement difficile, la dernière anse iléale confondue un moment avec l'appendice et déperitonisée. Dans les suites, une fistule stercorale était survenue et le sixième jour la péritonite en évolution déterminait la mort du malade.

L'observation III, 94, est un autre cas d'abcès pelvien primitif; il s'était compliqué de parotidite et ne fut drainé par colpotomie qu'à la dernière extrémité; la mort survint le soir même.

Nous avons déjà cité l'observation I, 79, dans laquelle l'opération, malgré la présence de liquide purulent dans le péritoine n'avait pas été complétée par un drainage péritonéal, où l'infection eut l'avantage.

A côté de ces cas où la péritonite était manifestement en cause, il y a des formes gangreneuses à infection générale prépondérante; les comptes rendus opératoires disent : « *toxémie péritonéale* ». Quatre observations appartiennent à ce groupe. L'obs. III, 42, et trois autres concernant des personnes ayant dépassé la cinquantaine, qui sont les obs. III, 87, IV, 3 et 32, de malades âgés respectivement de 69, 52 et 54 ans. A propos de la première, M. le Professeur Tixier eut l'occasion de rappeler qu'il n'avait pas vu guérir d'appendicite gangreneuse après l'âge de 60 ans.

Nous signalerons seulement pour mémoire les 5 observations de décès par *occlusion intestinale secondaire*. Nous les retrouverons dans le chapitre des complications. Dans le cas III, 69, la mort fut précipitée par une éviscération survenue à la suite de l'ablation des mèches faite le cinquième jour avec l'intention d'améliorer les phénomènes occlusifs.

Une mort a été consécutive à la cure d'une fistule intestinale d'origine appendicitaire : obs. II, 15. Nous la retrouverons également.

Nous rappellerons enfin l'obs. III, 55, d'une diabétique, où l'exitus, véritable délivrance, survint après en-

vahissement par la gangrène de toute la paroi abdominale, de la région vulvaire et de la partie haute des membres inférieurs.

En résumé, les principales causes d'issue fatale ont été, par ordre de fréquence, la péritonite aiguë généralisée, les phénomènes occlusifs et l'infection générale.

Il est curieux de comparer les résultats opératoires obtenus à l'heure actuelle avec ceux auxquels arrivaient les chirurgiens, qui avaient été entraînés par Dieulafoy à enlever l'appendice dans les cas aigus, il y a une quarantaine d'années. La mortalité était alors de 33 à 50 % contre 5,38 % actuellement. On voit les progrès réalisés en peu de temps.

« Les raisons de cette transformation si heureuse sont au nombre de quatre, constate le Professeur Bégin, la précocité plus grande de l'opération, l'ablation systématique de l'appendice, la modification de la technique de la laparotomie, l'expérience du chirurgien. »

II

Complications secondaires

Comme nous l'avons signalé, les suites opératoires des 287 appendicites aiguës n'ont pas toujours été simples et ne demandant que le minimum de surveillance. Nous relevons :

24 abcès secondaires (en dehors des incisions pariétaux), soit	8,40 %
6 occlusions secondaires, soit	2,12 %
19 fistules stercorales, soit	6,62 %
21 complications pleuropulmonaires (congestions et infarctus), soit	7,31 %
10 phlébites des membres inférieurs, soit ..	3,48 %
1 parotidite,	
1 névralgie obturatrice.	

A. — **Abcès secondaires**

Sur les 24 constatés, il y en eut 15 qui se collectèrent dans le Douglas et 9 qui eurent des situations variables.

Les *abcès pelviens* sont ceux dont on se méfie le plus et les plus simples à traiter. Ils sont apparus dans les formes plus particulièrement sévères, opérées au

stade d'abcès ou de péritonite et pour la plupart, dans des cas vus tardivement, du quatrième au huitième jour de la crise.

Trois fois ils coexistèrent avec une fistule stercorale.

Fait surprenant, dans six observations sur les quinze, ils survinrent malgré l'installation, au cours de l'opération, d'un drainage pelvien préventif par tubes de caoutchouc, qui furent laissés plusieurs jours. Ceux-ci n'empêchèrent pas la formation des collections contre lesquelles ils étaient placés. Ce sont des cas qui montrent bien les imperfections du drainage. Aussi plusieurs chirurgiens, M. le Professeur Tixier, en présence de faits de cet ordre, n'hésitent pas à proposer systématiquement *le drainage abdomino-vaginal* dans les péritonites graves et lorsqu'ils redoutent la formation d'un abcès pelvien; ils drainent ainsi au point déclive (1). Petit de la Villéon, en particulier, a fait une vive campagne pour le répandre; il l'applique systématiquement et d'emblée à toutes les péritonites, aux réactions péritonéales avec liquide plus ou moins louche, et à tous les abcès, même à ceux du volume d'une noix ou d'une mandarine, sans réaction péritonéale et dans ce dernier cas il ne fait pas la colpotomie par voie abdominale, mais par voie vaginale. (Sté de Médecine de Paris, 26 juin 1926).

Mais ses contradicteurs insistent sur les difficultés techniques qui accompagnent sa réalisation et restent fidèles au drain pelvien ou au Mikulicz, quittes à faire

(1) D'autres, pour favoriser le drainage, maintiennent leurs opérés au lit dans des positions spéciales :

LUYS conseille la position ventrale.

WALTHER, la position sur le côté droit fixée par des oreillers,

une colpotomie, mais secondairement quand l'abcès s'est constitué.

Cependant, il est des cas où le drainage abdomino-vaginal d'emblée doit être pratiqué, et nous avons l'impression que c'est lui qui a permis de sauver la malade de l'observation III, 73.

Les observations d'abcès pelviens secondaires sont :

I. — 59, 76.

II. — 10, 11, 37.

III. — 17, 19, 32, 44, 47, 48, 49, 54.

IV. — 14, 17.

En dehors des 2 observations : I, 76 et III, 44, où la collection pelvienne s'évacua spontanément par le vagin ou le rectum, tous les autres cas furent traités chirurgicalement par rectotomie chez l'homme et la jeune fille vierge; par colpotomie chez la femme. Ces interventions eurent toujours une suite excellente sans incident important; il n'y eut en particulier ni hémorragie après rectotomie, ni infection rétrograde.

Les 9 cas d'*abcès à situation variable* sont également apparus dans des formes d'appendicite avancées avec abcès ou réaction péritonéale importante. Ce sont les suivants :

Dans l'obs. II, 55, la température s'élève à partir du dixième jour; une tuméfaction haute, située sous le foie apparut. Sous anesthésie générale, une exploration est pratiquée par la plaie opératoire et le doigt ouvre un abcès situé en arrière du cæcum, remontant jusqu'au voisinage des insertions du mésentère. Drainage. Guérison.

L'obs. III, 49, représente un cas particulièrement

éloquent des difficultés devant lesquelles peut se trouver le chirurgien surveillant un abcès appendiculaire. C'est une jeune fille de 16 ans, opérée le huitième jour pour un gros abcès pelvien cloisonné; l'appendice, complètement gangrené, a pu être enlevé. Drainage abdominal. Quatre jours après l'intervention, l'abcès se vidant mal, une colpotomie est faite, qui évacue un verre de pus. Infarctus. La température persiste; une fusée rétrocœcale se manifeste. L'exploration par l'incision iliaque révèle la présence d'un abcès rétrocœcal et d'un abcès pelvien que la colpotomie draine mal. Gros drainage par en haut. La température persiste malgré cela.

Nouvelle exploration sous anesthésie générale le vingt-troisième jour : l'abcès rétrocœcal est drainé par une contre-ouverture lombaire et un drain en seton; contre l'abcès pelvien reconnu situé dans la partie droite du pelvis latéro et prévésical, il n'est pas possible d'installer un drainage abdomino-vaginal; ce sont simplement des pressions abdomino-vaginales faites à chaque pansement qui en assureront l'évacuation. L'amélioration fut désormais rapide.

Il semble bien que dans ce cas, le drainage abdomino-vaginal, fait primitivement eut rendu les suites bien plus simples.

Les observations III, 70 et 82 sont celles des deux gros abcès iliaques apparus secondairement et qui ont été aisément drainés. Le deuxième s'était accompagné de phlébite double des membres inférieurs.

Dans l'obs. III, 25, il s'agit d'un colonial amibien et spécifique qui présenta dans les suites opératoires un

phlegmon de la fosse ischio-rectale gauche, qui dut être incisé. On ne peut évidemment pas établir une étroite relation de cause à effet entre l'appendicite et cette complication.

Les deux dernières observations de complications suppurées à distance sont plus particulièrement intéressantes. Il s'agit dans l'une d'un phlegmon périné-phrétique, première manifestation d'une crise d'appendicite aiguë. La fistule lombaire post-opératoire avait été intarissable et ce n'est que l'ablation de l'appendice qui amena sa cicatrisation (obs. III, 36).

La dernière observation (IV, 37) est celle d'un abcès sous-péritonéal qui fut incisé par voie inguinale et sous-péritonéale de Pozzi (cf. thèse Trésarieux, Lyon, 1922).

Il s'agit d'un abcès sous-péritonéal perirecto-vésical survenu quinze jours après une appendicectomie et qui s'ouvrit d'abord spontanément dans la vessie.

Cette observation a été particulièrement intéressante pour M. le Docteur Bonnet, chirurgien des Hôpitaux, qui ayant supposé que l'infection avait envahi le tissu cellulaire sous-péritonéal et peri-vésical de proche en proche à partir de la plaie opératoire et à la faveur des décollements des plans pariétaux, a dès lors pensé que le moyen le meilleur de protéger contre l'infection la paroi abdominale et le tissu cellulaire sous péritonéal, était de suturer le péritoine à la peau. Cette observation fut en somme le point de départ de ses travaux et de ses intéressantes communications à la Société de Chirurgie de Lyon sur la *coeliostomie*.

B. — Fistules stercorales

Les suites opératoires furent 19 fois compliquées par l'apparition d'une fistule stercorale, ce qui représente une proportion de 6,62 %. L'Américain Deaver, sur 4.063 cas d'appendicite aiguë en observa 5 %. Gibson et Sherril, dans leurs services en Amérique, en eurent seulement 1,2 % sur 1.583 cas.

Les fistules stercorales, qui ont été signalées dans nos observations, sont survenues pour la plupart à la suite d'interventions pour abcès appendiculaires. L'opération, presque chaque fois, avait été difficile et laborieuse et avait permis de dépister des lésions intestinales susceptibles de provoquer l'apparition d'une fistule.

9 fois, il n'y eut *pas d'enfouissement* du moignon appendiculaire;

4 fois, *l'appendice n'avait pas pu être enlevé*;

4 fois, il y avait des lésions importantes sur les *parois cœcales*;

2 fois, des lésions existaient sur les *anses grêles* agglutinées et avaient été aggravées par des manœuvres de libération.

Le siège de la fistule fut, semble-t-il :

10 fois appendiculaire;

4 fois cœcal;

2 fois sur le grêle;

3 fois mal déterminé en raison de la complexité des lésions.

Nous noterons tout de suite l'importance de l'en-

fouissement du moignon appendiculaire, quoique cette question ait été déjà débattue en de nombreuses circonstances.

Nous avons vu que 9 fois la ligature de l'appendice céda, alors que l'enfouissement n'avait pas été pratiqué. Comme dans nos observations il y en a 24 sans enfouissement, 9/24, c'est-à-dire près de 40 % ont présenté une fistule. Il est vrai de dire que dans ces 24 observations, les lésions étaient très avancées et que le chirurgien, malgré son désir, ne put réaliser la péritonisation de l'implantation appendiculaire à cause de l'infiltration et de la friabilité des parois cæcales. La fistulisation secondaire avait donc pu être favorisée par l'importance de l'infection et 3 fois des lésions sur le cæcum ou sur le grêle avaient été en plus signalées. Cependant à l'opposé de ces cas, tous ceux où la péritonisation fut possible, c'est-à-dire la presque totalité, ne donnèrent jamais lieu à une fistule à point de départ appendiculaire. Le rôle protecteur de l'enfouissement est donc manifeste, et jusqu'à preuve du contraire, qui donnerait raison à de Martell, Témoin... satisfaits de ne pas enfouir, ce temps opératoire est utile et doit être exécuté toutes les fois qu'il est possible. Ombredanne dans un rapport récent à la Société de Chirurgie, présente les mêmes conclusions et considère que les fistules pyostercorales se produisent dans les cas où n'a pas été fait l'enfouissement. Aussi en est-il un partisan convaincu. .

a) La *date d'apparition* des fistules pyostercorales ne peut être donnée de façon exacte, car elle a été le plus souvent omise dans les observations. C'est en général du sixième ou douzième jour.

b) Contrairement à ce qu'il est permis de supposer, elles ne constituent *pas toujours un élément d'aggravation du pronostic*; souvent elles ont une influence heureuse. C'est en effet le cas des malades qui au septième, huitième jour de leur période post-opératoire ont un peu de réaction péritonéale, de la subocclusion du grêle, de petits vomissements, de la température qui s'élève et pour lesquels se discute dans l'esprit du chirurgien l'indication possible d'une fistulisation intestinale. C'est une heureuse surprise de trouver un matin, en faisant le pansement, des matières qui souillent la plaie et, à partir de ce moment-là, l'état général, l'état local s'améliorent, les phénomènes intestinaux disparaissent. La fistule stercorale est heureusement survenue spontanément avant qu'on soit obligé de la pratiquer opératoirement. L'observation III, 92, d'un abcès appendiculaire avec occlusion en est un exemple.

c) L'évolution de ces fistules pyostercorales fut dans l'ensemble très favorable. La majeure partie se ferma spontanément et d'autant plus spontanément que le point de départ en est appendiculaire.

13 fois leur durée ne fut que de quelques jours, disparaissant assez vite après la suppression du drainage, ce sont les observations :

III. — 2, 3, 19, 24, 43, 47, 67, 72, 77, 78 et 92.

et IV. — 2, 33.

Mais il y a des malades qui font de véritables fistules pyostercorales, ayant le débit d'une cœcostomie chirurgicale. Il s'agit alors de fistules dues à des lésions gangréneuses de la paroi cœcale, apparaissant

dans des cas particulièrement graves, à suites opératoires généralement compliquées. Nous en avons 4 observations : une fut suivie de mort chez un vieillard et les trois autres donnèrent lieu à des abcès pelviens, qui exigèrent une intervention secondaire.

Deux fois, la fistule coexista avec des signes d'infection générale (III, 87), ou de péritonite aiguë (III, 68), qui occasionnèrent le décès post-opératoire.

Dans 4 cas, elles ne guérissent pas spontanément (1), passèrent à la chronicité et exigèrent une cure opératoire qui fut pratiquée dans les six mois environ. Dans aucun de ces cas, la cause de la chronicité ne fut la tuberculose intestinale ou la présence d'un corps étranger, calcul stercoral...

Deux fois, obs. III, 28 et 54, la fistule chronique avait pour point de départ la paroi cæcale. Deux fois, obs. II, 15 et III, 70, elle fut d'origine appendiculaire; dans la première l'appendicectomie n'avait pas été pratiquée et dans la seconde, il n'y avait pas eu d'enfouissement.

Ces 4 fistules furent opérées par voie intrapéritonéale, avec résection du trajet fistuleux et suture de son implantation cæcale. L'opération donna 3 succès complets et une mort par péritonite (obs. II, 15) dans un cas extrêmement difficile.

Ces résultats sont en trop petit nombre, pour permettre de se faire une opinion exacte, mais l'Améri-

(1) Parmi les petits moyens essayés pour favoriser la fermeture spontanée des fistulettes certains utilisent l'association ultra-violet et diathermie; il existe une méthode Américaine qui aurait eu des succès et qui consiste à introduire dans le trajet fistuleux une mèche imprégnée de teinture de cantharide.

cain Deaver qui a observé 200 fistules après appendicite aiguë a dû faire secondairement la cure de 97 et ces interventions lui donnèrent 8 morts et 8 récidives.

Il est actuellement admis que, dans la cure de ces anus contre nature, la méthode opératoire par voie intrapéritonéale a nettement l'avantage sur celles extrapéritonéales (procédés Biondi Savariaud ou Lenormant).

Elle permet de se rendre un compte exact des lésions et de les traiter de façon aussi anatomique que possible. Le chirurgien trouve toujours suffisamment d'étoffe sur le cæcum pour enfouir convenablement le point de départ de la fistule.

Il importe de toujours penser à la possibilité de la tuberculose intestinale, comme cause de chronicité des fistules, cest un point sur lequel insiste M. le Professeur Tixier. La thérapeutique chirurgicale est alors différente.

C. — Occlusions intestinales secondaires

Le syndrome d'occlusion intestinale qui peut apparaître au cours de l'évolution d'une crise d'appendicite aiguë est extrêmement grave, mais heureusement exceptionnel. Nous en avons 6 observations qui représentent une moyenne de 2,1 %. La statistique de Körte qui portait sur 2.384 cas d'appendicite aiguë donna une proportion égale de 2 %.

L'occlusion intestinale peut se manifester à tous moments de la crise appendiculaire; les cas que nous avons rapportés sont survenus à des périodes diverses.

Tous les auteurs, dont MM. Bérard et Vignard, distinguent les 3 variétés suivantes :

1° *Occlusions primitives*, quand elles existent déjà avant l'opération ;

2 cas : obs. III 23 et 92.

2° *Occlusions précoces*, si elles apparaissent peu après l'opération :

a) Dès l'opération :

un cas, le troisième jour, obs. I, 79.

b) Après le rétablissement temporaire des matières et des gaz :

2 cas, le cinquième jour, obs. III, 69;

le seizième jour, obs. IV, 27.

3° *Occlusions tardives*, quand elles surviennent après la guérison post-opératoire, c'est-à-dire à partir du trentième jour environ :

un cas : 15 ans après : obs. III, 93.

Nos observations seront retrouvées par la suite en revoyant avec plus de détail chaque catégorie.

A elles seules, elles ne permettent pas de se faire une opinion exacte de cette complication. Cependant elles en montrent la haute gravité, puisqu'elles ont donné 5 décès sur 6.

Les proportions classiques (Bérard, Lenormant) donnent 50 % de mortalité dans l'ensemble.

L'occlusion post-appendiculaire, durant ces dernières années, a fait l'objet de nombreux travaux et discussions, ces derniers plus spécialement à la Société de Chirurgie de Paris. Il existe une thèse excellente sur le sujet, celle de Fougéat, Bordeaux 1925. Nous avons l'intention d'exposer les idées qui se dégagent de l'examen des diverses opinions qui ont été émises plus spécialement sur la thérapeutique de cette redoutable complication.

Comme son traitement chirurgical proprement dit est resté particulièrement décevant, tous les auteurs ont beaucoup insisté sur les mesures préventives susceptibles de la faire disparaître.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Il comprend en premier lieu le traitement opératoire aussi précoce que possible de toute crise d'appendicite aiguë; c'est la meilleure façon d'éviter toute complication.

Walther en 1911, puis Lardennois donnent le conseil « de ne point borner à l'ablation de l'appendice malade l'acte opératoire, mais dans tous les cas de faire une exploration large, méthodique de tous les

organes de voisinage, du cæcum, du colon, de l'épiploon. » Lardennois s'impose comme une règle d'examiner toujours les 20-30 derniers centimètres de l'intestin grêle et de libérer prudemment et méthodiquement les adhérences qui peuvent s'y rencontrer. De cette façon il a pu supprimer précocement des causes d'occlusion possible : brides, anses agglutinées, et même traiter des ulcérations sphacéliques du grêle. Cependant cette manipulation des anses dans un milieu qui peut être septique, la suppression d'adhérences protectrices ne sont pas toujours sans danger. Aussi certains préfèrent-ils une simple exploration visuelle plus sommaire, en se servant d'une valve.

Nous citerons enfin les petits moyens qui ont été proposés par Léo à la Société Nationale de Chir. en 1925. Au cours de l'opération de l'appendicite aiguë, il ne se sert pas de compresses sèches qui favorisent la desquamation du péritoine; il sectionne au thermocautère la base de l'appendice en utilisant la pince cupule de de Martel, fait la ligature appendiculaire avec un fil non résorbable, enfouit le moignon, et à la fin de l'intervention, contrairement à l'opinion classique, pour éviter brides et adhérences, éloigne l'épiploon du foyer opératoire. Ce dernier conseil aurait certainement permis d'éviter l'occlusion d'origine épiploïque de l'obs. I, 79.

Pour Léo enfin sont formellement contre-indiqués lavements et purgatifs qui mettent à l'épreuve la ligature appendiculaire; il les remplace par de petites doses quotidiennes de sérum rectal qui favorisent la première selle. M. Tixier préconise les petits lavements de sérum dès le lendemain de l'opération.

En dehors de l'exploration préventive du grêle, et des moyens divers propres à chacun, les principes fondamentaux de la chirurgie abdominale : asepsie rigoureuse, hémostase soignée et bonne péritonisation dans leur application stricte représentent encore les meilleures méthodes prophylactiques.

TRAITEMENT

L'occlusion intestinale secondaire est de toutes les complications post-opératoires une de celles dont la thérapeutique est des plus angoissantes. Les hésitations sont toujours grandes, quand il s'agit de réopérer un sujet affaibli, qui vient de subir une intervention et un jeûne sévère et de prendre une décision grave dans le minimum de temps pour ne pas laisser passer le moment opportun au delà duquel plus d'espoir n'est permis.

Nous envisagerons successivement chaque variété d'occlusion, d'après le moment de son apparition.

1° *Occlusions primitives*

Habituellement toute crise d'appendicite aiguë a pour compagnon fidèle un degré marqué d'occlusion paralytique des anses d'origine péritonéale. Mais le chirurgien ne s'en préoccupe pas, car l'ablation de l'appendice et le drainage judicieux du foyer suffisent ordinairement à tout enrayer.

Cependant il est des cas peu nombreux où l'occlusion intestinale devient prépondérante soit que la pé-

ritonite ait agglutiné des anses grêles, qu'il s'agisse d'un gros abcès, soit plus exceptionnellement qu'il y ait des brides péritoniques, un volvulus par adhérence d'une anse au foyer primitif, où, comme Mathieu l'a rappelé, que l'appendice fixé par sa pointe, dans les formes mésocœliaques ou pelviennes gauches, soit lui-même la bride cause de l'étranglement.

Dans ces cas, il s'agit moins d'une complication proprement dite que d'une forme clinique même de l'appendicite aiguë : la forme occlusive, qui se rencontre plus particulièrement chez les personnes âgées. Le chirurgien est alors appelé pour une occlusion intestinale, qui s'accompagne de température, et il doit en reconnaître la cause en explorant la fosse iliaque droite.

La conduite à tenir est essentiellement l'intervention d'urgence dont le but est d'enlever l'appendice et d'établir le drainage nécessaire : traitement qui, à lui seul, est susceptible de faire disparaître à la fois la péritonite et l'occlusion. Cependant la période post-opératoire peut être troublée, le météorisme persister, devenir inquiétant, s'accompagner de nausées, c'est alors qu'une nouvelle décision opératoire devra être prise (cæcostomie ou iléostomie) suivant les indications que nous allons envisager dans la forme suivante, celle des occlusions post-opératoires très précoces.

Nous rappellerons le conseil donné par MM. Bérard et Vignard à appliquer à la fin de l'opération appendiculaire, lorsque le cæcum est trouvé distendu : « il sera laissé accessible au fond de la plaie, incomplète-

ment réunie avec une mèche glissée sous lui de façon à l'ouvrir, s'il le faut, dès le lendemain, d'un simple coup de thermocautère ».

Certains auteurs, comme Voncken, de Liège, sont partisans du Mikulicz dans ces cas, le chirurgien devant se tenir prêt à faire, dans les heures qui suivent l'opération, un anus de décharge.

L'observation III-92 est un exemple des succès du Mikulicz. A lui seul, sans appendicectomie, il amena la guérison de ce cas d'occlusion par agglutination d'anses autour d'un abcès appendiculaire. Une fistule stercorale du grêle se produisit spontanément dans les suites opératoires et eut certainement une influence favorable.

Les cas précités d'occlusion primitives sont les plus rares. Beaucoup plus fréquents et angoissants sont ceux qui se produisent dans les jours qui suivent l'intervention appendiculaire.

2° Occlusions post-opératoires précoces

Nous avons vu que, suivant leur date d'apparition, il y avait dans ce groupe deux catégories d'occlusions :

a) Celles apparues dès l'opération les 2^e, 3^e jours, ce sont les occlusions très précoces, plutôt rares ;

b) Celles survenues après le rétablissement temporaire du cours des matières et des gaz, en moyenne du 8^e au 15^e jour.

A) OCCLUSIONS TRÈS PRÉCOCES (2^e, 3^e jour)

Celles-ci ont presque exclusivement pour origine l'iléus paralytique et doivent être considérées de la sorte.

Quelles en sont les causes ?

C'est souvent la *péritonite*, qui continue à évoluer et à se propager malgré l'intervention, et l'intestin paralysé se laisse distendre.

Parfois c'est un *abcès* appendiculaire, abcès avec réaction de voisinage, qui a été méconnu au cours de l'opération ou qui se développe secondairement.

D'autres fois enfin, le *drainage*, drains, mèches ou un gâteau d'*épiploïte* aiguë agissent par compression des anses.

Exceptionnellement, c'est une bride, qui existait déjà au moment de l'opération, et qui aurait pu être supprimée à temps, grâce à l'exploration minutieuse de la région iléo-cæcale conseillée par Lardennois.

La complication est, dans ces cas, difficile à dépister.

L'opéré est normalement, les premiers jours, dans un état de paralysie intestinale réflexe qui ne surprend pas et l'inquiétude n'apparaît que lorsque cet état se prolonge anormalement ; le patient ne se remet pas, va mal, les vomissements comme l'absence de gaz persistent. On est porté à temporiser.

La thérapeutique qui s'impose ici est d'abord essentiellement l'application rigoureuse du traitement médical post-opératoire habituel. Lecène le décrit de la sorte : glace en permanence sur le ventre, supprimer

toute ingestion de liquide par la bouche, sérum à haute dose à la fois par l'instillation rectale goutte à goutte et la voie sous-cutanée, les lavages d'estomac fréquemment renouvelés, l'atropine à la dose de 1 milligramme par jour en injection sous-cutanée. Il faut ajouter à cela les injections intraveineuses de sérum salé hypertonique.

Traitement qui peut suffire à faire disparaître les accidents d'occlusion subaiguë. Certains essayent une purgation, d'autres préfèrent la méthode de chauffage de Bier.

Si le drainage est soupçonné, il sera enlevé en suivant les conseils de MM. Bérard et Vignard : « Il faut panser à plat après fermeture partielle de la plaie, en supprimant tous les drains et mèches susceptibles de comprimer l'intestin. Si on doit cependant drainer, on glissera tubes et mèches en dehors du cæcum au contact de la fosse iliaque loin de l'iléon ».

Mais les phénomènes peuvent persister ou s'aggraver, c'est alors que le problème d'une réintervention se posera, malgré les hésitations qu'elle fera naître. Celle-ci sera aussi économique que possible, et se bornera à vérifier par l'incision iliaque la cause de l'occlusion et plus particulièrement à rechercher un abcès non drainé. (MM. Bérard et Vignard, Lenormant, Voncken.)

Pour certains tout se limitera à cette exploration : il n'y a, en effet, dans cette forme d'occlusion de nature paralytique, pas d'ondes péristaltiques qui permettent de poser l'indication d'une fistulisation intestinale.

Cependant, à la suite des chirurgiens (Delore en particulier) qui ont vanté les mérites de l'iléostomie dans les péritonites, il sera bon de pratiquer celle-ci ; elle permet de lutter à la fois contre l'infection péritonéale et l'occlusion.

Si le cæcum est distendu dans la plaie, c'est lui qui sera fistulisé, sinon une iléostomie, à l'anesthésie locale sera faite sur la ligne médiane ou mieux du côté gauche par une incision, type Mac Burney, sur la première anse grêle distendue et clapotante.

Voncken a obtenu de la sorte 6 guérisons sur 7 cas, traités par fistulisation faite les 4^e, 5^e et 6^e jours. Deux fois la cæcostomie fut insuffisante et obligea à pratiquer le lendemain une iléostomie.

Notre statistique ne renferme qu'une observation rentrant dans ce groupe : I-79.

Il s'agissait d'une péritonite appendiculaire chez un homme de 51 ans, opérée à la 28^e heure. Elle fut traitée par l'appendicectomie sans drainage. Le 2^e jour apparurent des vomissements qui devinrent fécaloïdes et un météorisme important. Le 3^e jour, devant l'aggravation de ces symptômes, une réintervention est faite sous rachianesthésie. L'exploration de la plaie montra que l'épiploon enrobait le cæcum et provoquait l'occlusion. Il n'y avait pas de pus dans le péritoine. Une cæcostomie fut pratiquée dans la plaie. Elle fonctionna bien, mais le décès survint le 7^e jour.

Dans ce cas, le conseil de Léo d'éloigner l'épiploon du foyer opératoire aurait été vraiment prophylactique.

B) OCCLUSIONS PRÉCOCES RETARDÉES (8^e-15^e jour)

Dans cette seconde catégorie d'occlusions précoces, nous retrouvons les mêmes causes que dans les formes précédentes :

La *péritonite*, mais il s'agit ici davantage de magmas fibrineux organisés, avec petits foyers suppurés inclus, le tout agglutinant un groupe d'anses grêles et provoquant des coutures et des torsions à leur niveau.

Un *abcès* péritonéal limité par des adhérences épaisses.

Des *adhérences*, qui ont eu le drainage pour point de départ et qui continuent à s'organiser après son ablation.

Enfin des *brides épiploïques*.

Exceptionnellement le volvulus d'une anse.

L'occlusion précoce retardée peut également se manifester sous la forme de l'iléus paralytique. Mais plus souvent il s'agit d'iléus mécanique vrai, à symptomatologie sensiblement différente, caractérisée par l'apparition de coliques intestinales et d'ondes péristaltiques ; Lenormant, Villard ont beaucoup insisté sur la valeur pathognomonique des contractions péristaltiques. Pour Mathieu, « le dessin d'une anse sous la paroi qui est restée souple » est un signe capital.

Il s'agit, en général, d'un opéré qui a présenté des suites immédiates à peu près normales et qui, vers la fin de la semaine ou plus tardivement (Huguier parle du 9^e jour, qui pour lui correspond à la chute des escarres du moignon appendiculaire), commence à

avoir un météorisme abdominal inquiétant, des vomissements, des crises douloureuses, des coliques intestinales, l'arrêt des gaz et des matières. Un purgatif ne donne rien, et accroît les malaises. Il y a de la température dans le cas de foyers infectés mais pas, en général, s'il s'agit de brides ou d'adhérences simples.

Quelle est la conduite à tenir ?

Si le chirurgien a l'impression d'un iléus paralytique, c'est avant tout le traitement de la péritonite qui doit être appliqué rigoureusement, et comme nous l'avons vu dans la forme précédente, l'intervention maximum possible consiste dans la vérification du foyer opératoire et la création d'une fistule intestinale.

En cas d'occlusion mécanique la thérapeutique a été très discutée, et les opinions chirurgicales très diverses. L'unanimité ne semble exister que dans la nécessité reconnue de réopérer le patient aussi précocement que possible ; l'intervention immédiate est la seule chance de salut.

Certains, comme Parcelier, de Bordeaux, n'attendent même pas l'apparition des ondes péristaltiques ; pour lui, « l'absence bien constatée de gaz au bout de 12-18 heures constitue une indication opératoire formelle » ; cette conduite peut amener à faire des opérations inutiles, mais certainement à rendre très précoces et moins dangereuses les interventions pour occlusions vraies.

I. — La première indication opératoire dans ces cas et la plus logique a pour but d'enlever l'obstacle, mais sa réalisation se heurte à de gros risques et d'importantes difficultés.

Deux voies d'abord sont en présence :

D'une part, *la voie iliaque droite*, déjà existante. Elle a pour partisans MM. Bérard et Vignard, Broca, Oudard, Alglave... C'est la plus économique, mais aussi celle qui donne le moins de jour et qui ne permet pas d'éviter le foyer d'infection.

D'autre part, la *laparotomie médiane* (Mathieu, Auvray...), qui est le mieux susceptible de faire voir les lésions. Certains essayent la première et si elle échoue font une médiane. Les deux voies ont des succès à leur actif.

Cependant chez un malade atteint d'occlusion intestinale, la laparotomie met le chirurgien aux prises avec des difficultés qui peuvent être très grandes : les anses distendues ont constamment tendance à s'extérioriser et sont mal contenues par les barrages de compresses, imbibées de sérum chaud ; dans ces conditions, les lésions recherchées peuvent être très difficilement trouvées et traitées et la fermeture de l'abdomen être très laborieuse sinon dangereuse (*cf.* l'ob. III, 93).

Est-il absolument indispensable d'exposer un malade affaibli et récemment opéré à une intervention de cette importance ?

Ces risques, cependant, pourraient être acceptés si le chirurgien était sûr de pouvoir toujours supprimer la cause de l'occlusion, mais il est susceptible de trouver dans beaucoup de cas des magmas complexes

d'adhérences contre lesquels il ne peut rien directement, car leur libération peut entraîner des lésions de la paroi intestinale, diffuser l'infection péritonéale et augmenter encore l'occlusion (Ingebrigten, Lecène).

II. — Une deuxième indication opératoire, qui peut compléter la précédente ou la remplacer, a pour but d'assurer l'évacuation du contenu intestinal en rétention.

Trois méthodes sont en présence :

L'entérotomie,

L'entéroanastomose,

L'entérostomie.

1° *L'entérotomie* est pratiquée au voisinage de l'obstacle sur une anse qui a été extériorisée. L'intestin est ponctionné soit au bistouri, soit au trocart, puis suturé en bourse (triple fil). Cette intervention a un rôle évacuateur et antitoxique, diminue la distention des anses et facilite la fermeture de la paroi. Mais elle est beaucoup trop dangereuse et semble être de peu d'efficacité.

Elle a cependant assuré quelques succès à Savariaud (Société de Chirurgie, 1919), qui la faisait précéder de la destruction des brides et des adhérences péritonéales.

2° *L'entéro-anastomose* a de chauds partisans, dont Okinczic qui avait rapporté à la Société Nationale de Chirurgie la communication d'Ingebrigten.

Lecène, dans son « Traité de thérapeutique », vante les avantages de l'entéro-anastomose faite à la suture ou au bouton.

Pauchet, dans le cas d'occlusion vraie par adhérence, a proposé (Société Nationale de Chirurgie, 1919) l'iléocolostomie gauche, à l'anesthésie locale, intervention qui lui a donné 11 succès.

Harrigan, en Amérique, préconise l'iléotranscolostomie.

L'entéro-anastomose offre le gros avantage de permettre de ne pas toucher aux anses agglutinées et infectées et d'établir un court-circuit dans le transit intestinal, qui n'a pas les inconvénients de la fistulisation.

Est-ce l'opération idéale ? Non. L'Ecole Lyonnaise est tout à fait opposée à son emploi dans l'occlusion intestinale, c'est-à-dire à un moment où les anses sont distendues, atones et à parois friables. Elle permet la résorption des produits toxiques mis brusquement en liberté après établissement de l'anastomose. C'est enfin une grosse opération faite chez un sujet aux ressources bien diminuées.

3° L'*entérostomie* est l'intervention qui emporte le plus de suffrages. C'est une opération de salut, qui est immédiatement moins grave et moins shokante et a l'avantage de parer au plus pressé.

Dans tous les cas d'amas adhérentiels péritonéaux, les plus difficiles à traiter, elle est susceptible de donner des résultats remarquables. non seulement elle met au repos le segment intestinal distendu et permet l'évacuation de son contenu toxique, mais elle agit sur l'infection péritonéale. (Thèse de Conrozier.)

Dans les cas où la cause de l'occlusion persiste, elle permet de franchir la période critique et d'attendre

une amélioration de l'état général du malade et des symptômes propres à l'occlusion. Dans ces conditions nouvelles, une deuxième intervention, qui aura pour objet la suppression de la cause de l'iléus ou la création d'une entéro-anastomose suivant les cas, aura beaucoup plus de chances de réussite.

Le siège de l'occlusion étant presque toujours sur la fin du grêle, c'est une iléostomie qui doit être pratiquée. Mais il ne faut pas oublier ses dangers, sur lesquels Aglave a beaucoup insisté: l'infection de la paroi et la déshydratation du malade qui peut aller jusqu'à la cachexie. Seule une bonne technique opératoire est susceptible de les atténuer. La fistule doit être faite sur une anse aussi basse que possible pour lutter contre la déshydratation et l'orifice de ponction doit être très petit (mine de crayon bleu, Arrou).

L'iléostomie peut être pratiquée suivant la méthode de Witzel ou mieux à la Fontan (Delore, Mallet-Guy, Creyssel, in *Presse Médicale*, 1925). Il est plus facile de la faire à gauche que sur la ligne médiane, malgré l'avis contraire de Voncken qui reproche à la voie latérale gauche la possibilité de conduire sur une anse trop haut située.

L'incision à gauche sera faite à la façon de celle de Mac Burney et l'anesthésie locale choisie de préférence.

L'évolution de la fistule de l'intestin grêle est variable : habituellement elle se ferme seule spontanément, parfois elle peut nécessiter une cure opératoire secondaire, surtout lorsque persiste la cause de l'occlusion.

En tout cas l'iléostomie n'est utile que durant une

quinzaine de jours environ, pendant la phase d'occlusion aiguë ; elle devient dangereuse par la suite. Le deuxième temps opératoire, s'il est nécessaire, devra donc être fait sans trop attendre et consistera dans la levée de l'obstacle au transit intestinal ou l'établissement d'une entéro-anastomose.

De toutes ces considérations sur les occlusions post-opératoires précoces d'origine mécanique nous retiendrons que deux méthodes thérapeutiques sont en présence :

— soit l'intervention radicale, laparotomie médiane, qui permet ou non de lever l'obstacle et qui peut être terminée par une iléostomie de sécurité,

— soit l'intervention palliative, que nous lui préférons, c'est-à-dire l'iléostomie faite à l'anesthésie locale, après s'être rendu compte par un examen clinique minutieux du malade que la cause de l'occlusion (abcès péritonéal, par exemple) ne pouvait pas être supprimée par une intervention réduite au strict minimum.

Dans notre statistique, deux observations répondent à cette catégorie d'occlusions (III-69 et IV-27).

Dans la première il n'y eut pas de réintervention, l'ablation du drainage ayant provoqué une éviscération dans la soirée qui fut fatale.

L'observation IV-27 est un cas type d'occlusion précoce retardée, survenue le douzième jour, après une période d'amélioration. Ce fut exactement le tableau de l'iléus mécanique (ventre souple, coliques violentes, ondes péristaltiques). L'intervention se fit par laparotomie médiane, de nombreuses adhérences

épaisses furent sectionnées et liées, un gros abcès ouvert. Celui-ci fut drainé par un drain sus-pubien et une entérostomie sur sonde de Nélaton pratiquée. Décès deux jours après.

3^o *Occlusions tardives*

Ce sont celles qui surviennent environ à partir d'un mois après l'opération. Elles sont, en général, plus faciles à traiter, car elles entrent dans le cadre des occlusions habituelles et surviennent chez des sujets en bonne santé qui n'ont pas été éprouvés tout récemment par une première intervention.

Elles peuvent apparaître de façon brutale ou quelquefois donner lieu à des rémissions trompeuses sur lesquelles a insisté Auvray.

Elles sont toujours d'origine mécanique, provoquées dans la moitié des cas par une bride. Les autres causes par ordre de fréquence décroissante sont des amas d'adhérences, le volvulus d'une anse autour d'une adhérence et exceptionnellement une sténose cicatricielle iléo-cæcale ou une éventration post-opératoire étranglée.

C'est la connaissance des antécédents du malade qui permettra d'orienter la thérapeutique dans un sens ou un autre. Dans chaque cas l'indication opératoire est formelle.

Si la notion existe que l'occlusion est d'origine appendiculaire et que l'appendice n'a pas été enlevé. MM. Bérard et Vignard insistent sur le fait que l'on doit se porter sur la région appendiculaire, faire l'ap-

pendicectomie en utilisant l'incision de Jalaguier qui, en même temps, permettra de supprimer la cause de l'occlusion.

Si les antécédents sont ignorés, la laparotomie médiane s'impose : elle donnera le meilleur jour et permettra d'éviter les contre-incisions, en particulier incisions en canne de hockey des Américains.

Broca donne le conseil de plonger immédiatement la main dans la fosse iliaque droite ; c'est là que, 9 fois sur 10 la bride, cause de l'étranglement, sera trouvée. Elle sera sectionnée entre deux ligatures et mieux, excisée, afin d'éviter les récidives, suivant les conseils de Lejars.

Oudard, Robineau, Okinczyc sont partisans de ponctionner au trocard, hors du ventre, une anse distendue, afin d'assurer l'évacuation du contenu toxique ; cette mesure est indispensable quand les anses sont trop distendues pour être réintégrées.

S'il y a doute sur la vitalité d'une anse dans la zone de striction par la bride, l'indication d'une résection intestinale pourra se poser exceptionnellement ; cette opération est, dans ces conditions, extrêmement grave ; elle a cependant des succès à son actif (Körte). D'autres méthodes sont susceptibles d'être utilisées : ce sont, soit une iléostomie, soit plutôt l'exposition et l'ouverture de l'anse suspecte dans la plaie, soit l'entéro-anastomose, opération de court-circuit, chère aux Américains.

Toutes les fois que l'état général du malade sera trop précaire, une iléostomie sera faite à l'anesthésie locale.

Lorsque, au lieu d'une bride, les lésions trouvées sont constituées par un amas d'anses agglutinées, les résultats obtenus par l'intervention sont généralement moins favorables. Voncken conseille de faire simplement dans ces conditions une entérostomie de sécurité en amont de l'obstacle.

Au cas où la libération des adhérences aurait été pratiquée et l'occasion d'un saignement en nappe, Mathieu, Delore conseillent également l'iléostomie de sécurité ; — le Mikulicz peut être utilisé.

Nous avons un seul cas d'occlusion tardive, c'est l'observation III-93.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, arrivée au 8^e jour d'une occlusion du grêle. Elle avait été opérée 15 ans auparavant d'un abcès appendiculaire. L'intervention est faite d'urgence sous-anesthésie générale. Comme le diagnostic pré-opératoire n'avait pas une certitude absolue, c'est une laparotomie médiane qui est pratiquée et qui révèle la présence d'une coudure de la dernière anse grêle fixée au niveau de la cicatrice d'appendicectomie. L'adhérence est supprimée. La réintégration des anses est extrêmement laborieuse et la paroi est refermée en un plan aux fils métalliques.

Dans un deuxième temps, une iléostomie de décharge est faite en passant par une incision de Mac Burney du côté gauche.

Les suites furent d'abord normales. La fistule donna abondamment, mais de la bile presque pure. Le 9^e jour, l'incision médiane laissa écouler du liquide intestinal venant du grêle, et le 12^e jour la malade succomba de péritonite.

L'autopsie a montré qu'une anse grêle a été prise dans un fil métallique et, d'autre part, que l'iléostomie était trop haut située et portait sur une des premières anses jéjunales.

Cette observation montre bien toutes les difficultés, que nous avons signalées, de l'opération radicale dans les occlusions intestinales.

En terminant ce chapitre de l'iléus post-opératoire, nous ne pouvons que rappeler toute la gravité de cette complication, qui vient immédiatement après celle de la péritonite, et constater qu'il reste encore beaucoup à faire pour en améliorer le pronostic.

D. — Autres complications

Ce sont :

21 complications pleuro-pulmonaires, soit 7,31 % ;

10 phlébites, soit 3,48 % ;

1 parotidite ;

1 névralgie obturatrice.

Il est possible que, dans certaines observations, les petits incidents d'ordre divers apparus dans les suites opératoires n'aient pas été signalés ; ces omissions semblent avoir été exceptionnelles.

A la suite des complications déjà étudiées, celles survenues avec le plus de fréquence ont porté sur l'*appareil respiratoire*. Dix fois ce furent des infarctus pulmonaires, qui n'eurent pas de suites fâcheuses. Ils sont survenus du 4^e au 20^e jour environ, plus particulièrement dans les cas ayant nécessité le drainage du

péritoiné, et dans les abcès cloisonnés. Il est assez curieux de constater qu'ils n'ont coexisté qu'une seule fois avec une phlébite post-opératoire. Les 9 autres observations, qui se sont compliquées de phlébite, n'en ont pas présenté. Le tiers de ces embolies pulmonaires sont apparues en même temps qu'une suppuration particulièrement abondante ou des complications infectieuses pariétales.

Les autres complications pulmonaires, au nombre de 11, ont été d'ordre infectieux. Il y eut 9 congestions qui guérissent assez rapidement pour la plupart; certaines furent traitées par des injections de vaccin de Weill et Dufourt. Deux cas de mort sont survenus plus du fait de l'état péritonéal que de l'infection pulmonaire. Il y a une pneumonie franche qui a été suivie de guérison, et une pleurésie purulente qui a nécessité plusieurs interventions de drainage (observation II, 20).

Les *phlébites* des membres inférieurs, post-opératoires, sont au nombre de 10. Leur fréquence est donc de 3,4 %, un peu plus élevée que celle établie par Bolognesi (*Lyon Chirurgical*, 1926, p. 290), qui était de 1 %, d'après 4.000 cas environ d'appendicites opérées à chaud et à froid également. Elles guérissent sans incident dans presque tous les cas. Deux fois elles ont été suivies de décès, mais il s'agissait d'infection appendiculaire particulièrement grave, où la phlébite ne semble avoir eu qu'un rôle de témoin. Ce sont : l'observation III, 55, d'une femme diabétique, morte de gangrène pariétale, et l'observation III, 87, d'une appendicite gangréneuse chez un vieillard,

La phlébite est apparue de préférence aux alentours du 10^e jour après l'opération. Dans 3 cas, elle fut double (obs. III, 82, 83 et IV, 19). Comme toujours, elle eut une prédilection pour le membre inférieur gauche, il y en a 5 cas contre 3 pour le côté droit. Bolognesi trouve l'explication de cette anomalie dans le trajet plus long et plus oblique de la veine iliaque externe gauche qui entraîne un ralentissement de la circulation. Nous n'avons pas retrouvé dans les antécédents des détails suffisants concernant une imprégnation tuberculeuse possible, dont le rôle prédisposant a été soutenu.

L'observation III, 40 est particulièrement intéressante, car une intervention secondaire a permis de saisir sur le fait les lésions infectieuses des vaisseaux, de confirmer le diagnostic de thrombo-phlébite suppurée et d'en assurer le drainage. C'est une jeune fille de 15 ans, qui fut opérée d'appendicite gangréneuse avec gros abcès. Les suites furent d'abord normales, mais le 10^e jour un infarctus se manifeste, et la température s'élève. Au 17^e jour, de vives douleurs apparaissent au niveau du pli de l'aîne du côté gauche, l'examen ne permet de déceler la présence d'aucun abcès, l'abdomen est très souple ; le diagnostic s'oriente vers la possibilité d'une thrombo-phlébite de la veine iliaque externe en voie de suppuration. Le lendemain, les douleurs sont plus vives et la température plus élevée. Une intervention, qui ira à la recherche d'un abcès sous-péritonéal, est décidée, et M. le Docteur Bonnet pratique sous anesthésie générale une incision de laparotomie sous-péritonéale

du côté gauche, qui permet de dépister de très grosses lésions sur les vaisseaux iliaques : ils étaient difficilement reconnaissables à cause de l'œdème et de la teinte verdâtre de leur gaine. L'artère bat, la veine est thrombosée, ainsi que de petites collatérales d'aspect noirâtre. La veine n'est pas incisée, et une mèche laissée au contact.

Les premières suites furent simples, mais à partir du 5^e jour la température se met à osciller et atteint 40°, alors que le pouls est peu au-dessus de 80. Un œdème considérable du membre inférieur s'installe, puis gagne le membre inférieur droit. La suppuration de la plaie sous-péritonéale dura trois semaines et la guérison survint en laissant un œdème chronique des membres inférieurs.

Deux complications d'un autre ordre ont été observées.

Une fois c'est une *parotidite* apparue au cours de l'évolution d'un gros abcès pelvien. Elle fut incisée suivant la méthode de Jaboulay (petites mouchetures), (obs. III, 94).

Enfin l'observation I, 15 est un cas assez rarement observé de *névralgie obturatrice*, secondaire à une appendicite aiguë. La malade était supposée avoir, en outre, des signes anormaux d'arthrite de la hanche droite, au début. C'est l'opération, puis l'évolution rapide vers la guérison, qui confirmèrent le diagnostic de névralgie obturatrice. L'appendice gangrené avait été trouvé plaqué contre le canal obturateur.

III

Résultats éloignés

Il aurait été précieux d'avoir des renseignements détaillés sur tous les opérés. Malheureusement plus de la moitié a répondu à notre convocation : les uns, pour la plupart, ont été revus ; les autres se sont contentés de remplir le questionnaire. Si les détails donnés par lettres ont de la valeur dans la description de troubles subjectifs, il n'en est pas de même pour les renseignements d'ordre clinique.

A. — Troubles digestifs

Dans l'ensemble, les opérés d'appendicite aiguë ne présentent pas, par la suite, de troubles digestifs ; dans une proportion de 3 sur 4, ils se déclarent parfaitement guéris.

Dans un petit nombre de cas, 5 %, ils accusent une tendance à la diarrhée et dans la même proportion des alternatives de diarrhée et de constipation ; 15

fois sur 100 ils présentent au contraire de la constipation, celle-ci semble donc être la séquelle la plus répandue. Ces remarques ne concernent pas les malades qui, ayant eu des troubles intestinaux avant l'opération, les ont conservés par la suite.

Cette légère prédominance de la constipation après l'ablation de l'appendice est un fait qui semble être d'observation courante et une explication en a été donnée par Henri Dufour, qui a étudié le rôle physiologique de l'appendice iléo-cæcal.

Pour lui, au cours de la digestion, celui-ci présente des mouvements de son extrémité libre, qui créent un état d'excitation péritonéale et « à celle-ci répondent des mouvements péristaltiques de l'intestin » qui favorisent la défécation. Ces mouvements appendiculaires ont été vérifiés aux Rayons X. Il est, dès lors, aisé de comprendre que l'ablation de l'appendice supprime un des facteurs excitant le péristaltisme et soit susceptible de ralentir le transit intestinal. A l'opposé, il existe quelques cas d'appendice exagérément mobile, cause d'une trop grande excitation péritonéale, et par suite de coliques et de selles fréquentes, dont l'ablation joue un rôle régulateur et rétablit l'équilibre.

Cependant toutes les statistiques ne sont pas d'accord sur les influences digestives de l'appendicectomie. En effet de Quervain (*Bruxelles Médical*, 1921, p. 252), qui a étudié les suites éloignées de 500 cas d'appendicite à chaud et à froid, a constaté que :

Dans 60 % des cas, il n'y avait pas de modification des fonctions intestinales ;

Dans 29 % des cas, il y avait une évacuation plus facile ;

Et dans 11 % des cas, une évacuation plus difficile.

Si la proportion des cas de constipation post-opératoire est ici à peu près semblable à la nôtre, celle des cas à évacuation plus aisée s'en écarte considérablement.

Pour de Quervain, ces troubles intestinaux sont d'ordre réflexe et ne proviennent pas de la suppression possible d'une sécrétion appendiculaire. Il a, en effet, recherché qu'elles étaient les suites digestives des interventions pour hernies inguinales, et il est arrivé à des proportions sensiblement égales.

Il reste une dernière cause de troubles digestifs, ce sont ceux secondaires aux adhérences post-opératoires, qui sont fréquentes ainsi qu'on le constate au cours des laparotomies itératives pour une affection viscérale ultérieurement survenue.

Quoi qu'il en soit, nous conserverons l'impression que l'appendicectomie, à peu près comme dans toute laparotomie, est susceptible de laisser dans quelques cas peu nombreux un certain degré de constipation, et que dans l'ensemble ses résultats éloignés, en ce qui concerne les fonctions digestives, sont excellents.

B. — Événtrations

Nous avons eu la surprise de constater que les événements, après les interventions d'appendicite aiguë, étaient particulièrement nombreuses. Nous donnons :

ci-dessous le tableau des résultats obtenus avec chaque incision dans les différentes formes d'appendicite.

Incisions	Pas d'événtration	Eventration	Proportion d'événtration
1° Cas non drainés			2,3/100
Mac Burney.....	7	0	
Jalaguier.....	15	0	
Max Schuller.....	7	0	
Paul Bonnet (1).....	7	1	
Non signalées.....	6	0	
2° Cas drainés			20/100
Mac Burney.....	0	1	
Jalaguier.....	20	1	5/100
Max Schuller.....	12	5	29/100
Paul Bonnet.....	4	2	33/100
Roux.....	1	0	
Non signalées.....	2	1	
3° Abscess			35/100
Mac Burney.....	0	2	
Paul Bonnet.....	1	0	
Jalaguier.....	14	7	33/100
Max Schuller.....	12	6	33/100
Roux.....	5	4	44/100
Non signalées.....	5	3	
4° Péritonites par perforation			55/100
Mac Burney.....	1	0	
Jalaguier.....	3	2	40/100
Max Schuller.....	3	6	66/100
Non signalées.....	0	1	

Sur un total de 167 résultats éloignés, il y a 42 évènements. La proportion croit rapidement avec la forme de l'appendicite aiguë.

Dans les cas *simples*, qui n'ont pas été drainés, elle est de 2,3 %.

Dans les cas suspects qui ont été *drainés*, elle est de 20 %.

Dans les cas d'*abscess*, tous drainés, elle est de 35 %.

Dans les cas de *péritonites par perforation*, toutes drainées, elle est de 55 %.

(1) C'est l'incision iliaque basse transversale, décrite dans la thèse de SPOSSITCI (Lyon 1925).

La fréquence des éventrations a été très différemment appréciée suivant les auteurs et l'importance de nos chiffres nous a fait rechercher ceux déjà publiés.

La thèse de Seguin (Lyon, 1929) n'en signale que 3 pour 178 cas d'appendicite aiguë. Il y a sans doute là un fait anormal, qui tient à l'appréciation des résultats éloignés, plus qu'à l'habileté chirurgicale. Il est certain que les malades par eux-mêmes sont incapables de reconnaître la qualité de leur cicatrice opératoire et que les renseignements qu'ils fournissent par écrit doivent être considérés comme suspects. Plusieurs fois, nous avons pu constater que certains ignoraient l'existence d'une hernie post-opératoire. Cette thèse, en tout cas, est à notre connaissance le seul travail qui donne une proportion aussi infime d'éventrations.

L'étude de la valeur des différentes voies d'abord de l'appendice a donné lieu à de nombreuses discussions, lors de l'avènement de l'appendicite. On les retrouve dans les compte rendus des Congrès de Copenhague, de Rome et de Genève en 1893, 1894 et 1896, et aussi dans ceux de la Société de Chirurgie de Paris, en 1902-1903.

Broca donne la proportion de 9,3 % d'éventrations dans les appendicites à chaud ; Quénu la fixe au 1/10^e des cas ; Tuffier pense qu'après l'ouverture d'une suppuration péri-appendiculaire l'éventration est la règle. Damaye, dans sa thèse (Paris, 1895) parle de 25 %. Plus récemment, Pealcher donne une proportion de 48 % et Igonet de 50 %. J.-L. Faure l'évalue à 10 %. A la Société de Chirurgie de Paris, en 1930, Ombre-

danne en a 6/9 dans les péritonites avec drainage.

Ces chiffres sont variables, mais ils n'en sont pas moins importants et viennent confirmer les nôtres.

Il importe cependant de remarquer que toutes les éventrations ne se ressemblent pas, et notre statistique ne tient pas compte des différences observées. Il en existe, à première vue, deux grandes catégories. Ce sont, d'une part, les grosses éventrations, dont les dimensions varient entre celles d'une mandarine et d'une tête d'adulte et qui, en général, s'accompagnent de troubles fonctionnels importants et, d'autre part, les toutes petites qui modifient à peine dans l'effort l'aspect de la paroi abdominale et ne provoquent habituellement aucune gêne ; ces dernières répondent habituellement à l'orifice qu'a laissé, dans le péritoine et les plans musculaires, la présence d'un petit drain.

Il est intéressant de constater, et le Docteur Pierre Bertrand nous l'a bien fait remarquer, que ces deux formes ne sont pas divisées arbitrairement. Les grosses éventrations sont habituellement le privilège des incision à direction sensiblement verticales du type Max Schüller, Jalaguier ou Roux, à la suite desquelles les fibres musculaires ou aponévrotiques sectionnées présentent plus de tendance à s'écarter qu'à se rapprocher et l'éventration à prendre des proportions de plus en plus importantes. Au contraire, les incisions qui ouvrent la paroi abdominale par dissociation des muscles, c'est-à-dire celles de Mac Burney et de Paul Bonnet, ne donnent lieu en général qu'à de petites éventrations, les contractions musculaires ayant dans ces cas toujours tendance à effacer la hernie post-

opératoire et à empêcher son extension ; c'est un gros avantage en faveur de ces dernières incisions.

Cependant les éventrations ne sont pas uniquement caractérisées par leurs dimensions ; certaines, généralement les plus volumineuses, s'accompagnent de troubles fonctionnels : douleurs qui empêchent les travaux pénibles ; troubles digestifs caractérisés par des coliques intestinales, de la constipation, des nausées ; possibilité de crises de sub-occlusion, voire même d'étranglement vrai, à l'égal de toutes hernies abdominales.

A l'examen, les unes sont complètement réductibles, d'autres partiellement irréductibles du fait d'adhérences ; leur contenu peut être uniquement épiploïque ou entéro-épiploïque.

Ce sont ces divers éléments surajoutés qui doivent être reconnus et appréciés à leur juste valeur dans le calcul des indications opératoires.

QUELLE INCISION PRÉFÉRER ?

Il est très difficile, d'après notre statistique, de se faire une opinion exacte sur la valeur de chaque incision. Celles de Mac Burney et de Paul Bonnet, qui ont été drainés ne comprennent que très peu de résultats éloignés. L'incision de Mac Burney en a 4 avec 3 éventrations.

Lorsque le drainage a été pratiqué, les incisions les plus fréquemment employées ont été celles de Jalaquier et de Max Schüller. Manifestement l'incision de Max Schüller donne plus d'éventrations que celle de

Jalaguier : dans l'ensemble des cas drainés 34 % contre 21 %.

L'incision de Roux est celle qui est le plus lourdement chargée ; principalement utilisée dans les cas d'abcès appendiculaires, elle a donné 44 % d'événturations et dans l'ensemble des cas drainés 40 %.

D'après ces chiffres il semble donc que la faveur doit être accordée à l'incision de Jalaguier : elle laisse plus souvent que les autres une paroi résistante.

Cependant cet avantage n'est pas le seul à envisager dans le choix d'une incision. En dehors des éléments essentiels d'appréciation, dont nous ne voulons pas parler ici, tels que le jour plus ou moins favorable donné par l'incision, sa possibilité d'agrandissement et sa technique de réalisation plus ou moins facile, et en se plaçant au seul point de vue des événturations secondaires, nous savons déjà que les plus volumineuses apparaissent à la suite des incisions de Jalaguier, de Max Schüller et de Roux, alors que les moins étendues se voient après les incisions de Mac Burney et de Paul Bonnet.

De plus, dans la cure opératoire de l'événturation, de grosses difficultés peuvent se rencontrer quand il s'agit d'un Jalaguier, en particulier la lèvre interne du péritoine être refoulée vers la ligne médiane, et péniblement repérable. L'opération de l'événturation après un Mac Burney est par contre, en général, tout à fait aisée.

On le voit, il est difficile de reconnaître l'incision qui emporte tous les suffrages ; chacune a ses avantages et ses inconvénients. Aussi les préférences varient

avec chaque chirurgien : la meilleure incision est toujours celle dont il a le plus l'habitude.

M. le Professeur Tixier est partisan de l'incision de Jalaguier.

Le mode d'ouverture de la paroi abdominale n'est cependant pas tout dans la production de l'éventration. Toutes les incisions citées sont susceptibles de donner, lorsqu'il n'y a pas eu drainage, ni suppuration de parois des cicatrices solides dans la presque totalité des cas. Les causes des éventrations dans l'appendicite aiguë semblent être ailleurs. Il en existe de multiples et toutes ont été étudiées avec beaucoup de détails. Nous les rappellerons simplement, ainsi que les méthodes proposées pour atténuer leurs effets.

CAUSES ET TRAITEMENT PRÉVENTIF DES ÉVENTRATIONS

Parmi les causes prédisposantes interviennent l'état général du malade, son degré d'adiposité, l'importance des efforts de toux et de vomissements après l'intervention. Au cours de l'acte opératoire des fautes de technique doivent être évitées, en particulier l'emploi du surjet sur le péritoine et les plans musculo-aponévrotiques, toujours dangereux quand il y a infection. Picqué a beaucoup insisté sur les risques dus au catgut.

Mais les causes essentielles vraiment déterminantes sont, par dessus tout : les *suppurations de paroi* et l'*emploi du drainage*.

Le simple hématome de paroi agit en laissant des espaces vides. Il en est de même de la suppuration, souvent de nature gangreneuse, qui est en plus de

cela destructive. Pour s'en préserver, les conseils ne manquent pas. Ce n'est plus le temps où l'abcès pariétal était jugé nécessaire et considéré comme un véritable abcès de fixation.

Au cours de l'intervention le tissu cellulaire et les tranches musculo-aponévrotiques peuvent être protégées des contacts septiques d'origine péritonéale, soit en les recouvrant de compresses goménolées ou non avant l'ouverture du péritoine, soit en évacuant à l'aspirateur les liquides infectés qui s'en écoulent. Mais non moins important est le mode de suture de l'incision pariétale.

En raison des risques considérables d'infection du tissu cellulaire sous-cutané, il est préférable, en fin d'opération, dans les cas où l'on redoute sa contamination, de ne pas suturer la peau en refermant la paroi. C'est une des meilleures méthodes prophylactiques ; elle a été employée dans la plupart de nos observations ; aux environs du 15^e jour, lorsque la paroi est désinfectée, une suture secondaire de la peau peut être faite pour diminuer le temps de cicatrisation.

Cependant, dans les cas à forte infection gangreneuse, il est préférable de ne mettre aucun point de suture sur l'incision et de la laisser complètement ouverte : c'est le moyen de réparation le plus rapide.

Beaucoup de chirurgiens, quand ils ont jugé possible la fermeture de la paroi en totalité ou partiellement s'il y a eu drainage, la font en un seul plan aux fils non résorbables ; pour eux la suture en plusieurs plans est une erreur. Pour Lecène, il n'y a que deux

procédés seulement : ou l'ouverture large et complète de la paroi, ou la fermeture en un seul plan. Il utilise dans ce dernier cas, une technique personnelle de fermeture par crins en 8, qui consiste à croiser les deux chefs de telle sorte que le crin perforant le péritoine d'un côté sort par la lèvre du côté opposé. Au moment de la fermeture de la paroi, il est nécessaire de changer d'instruments et de gants.

Certains chirurgiens ont des procédés tout à fait personnels, que nous rappelons pour mémoire.

Hustinx, de Haarlem, a tendance à tout refermer. Il se sert de fils de lin et fait plusieurs plans, en incorporant entre chacun un mélange antiseptique à résorption lente (iodoforme, cire jaune aa 10 gr., huile de sésame, 20 gr.). Dans 100 cas de péritonite par perforation, il a obtenu 30 % de cicatrisation *per primam* (1). Avec le même mélange, il traite les lésions péritonéales suspectes et évite ainsi le drainage.

Delagenière, du Mans, referme complètement l'incision abdominale, faite suivant une technique personnelle et fait passer 1-2 drains par une contre-ouverture transmuculaire bien placée.

Le *drainage* du péritoine est, sans conteste, la cause essentielle des éventrations. C'est lui qui, laissant persister pendant plusieurs jours une brèche dans le péritoine et les plans musculo-aponévrotiques, empêche leur réunion spontanée et laisse à son niveau se

(1) L'Anglais RIDDEL, avant la fermeture de la paroi, la désinfecte à la fladine à 1/1000 et prétend avoir obtenu ainsi de nombreuses cicatrisations *per primam* dans les péritonites appendiculaires.

constituer un point faible dans la cicatrice ; de plus, il favorise l'infection de la paroi.

Certains chirurgiens, à la suite d'Ombredanne, considérant que le drainage avait plus d'inconvénients que d'avantages, se sont efforcés de le supprimer dans certaines conditions. Mais ces tentatives n'ont pas été, semble-t-il, suffisamment probantes jusque-là pour être généralisées.

Le drainage reste indispensable à l'heure actuelle et conserve ses indications ; c'est un « mal nécessaire ». La principale cause des éventrations ne peut pas encore disparaître.

En compulsant les observations, il est aisé de trouver des faits anormaux. Il semblerait que le simple drain intrapéritonéal doive exceptionnellement favoriser l'apparition d'une éventration. Il n'en est pas toujours ainsi. Et par contre de gros drainages avec 3-4 mèches et 1-2 drains ont donné des cicatrices solides. Ceci corrobore les impressions de nombreux chirurgiens, de Villard, de de Martel qui n'ont constaté que très peu d'éventrations après le Mikulicz laissé dans les bonnes conditions. Auvray, à la Société Nationale de Chirurgie, dit avoir vu plus d'éventrations avec un seul drain qu'avec le Mikulicz, et il ajoute le conseil : « Ce qui importe, c'est le refoulement des viscères loin des lèvres de la plaie, la protection de ces lèvres contre toute adhérence avec le contenu abdominal, refoulement et protection étant maintenus pendant toute la durée de la cicatrisation ».

Baudet, de même à la Société Nationale de Chirurgie, a montré qu'avec le Mikulicz laissé 10-12 jours,

l'intestin est maintenu loin de la paroi et n'a pas tendance à faire hernie, ce qui limite l'éventration.

Ce qui est dit du Mikulicz peut être appliqué aux « compresses barrières » que certains lui préfèrent dans l'appendicite aiguë.

Picqué, il y a une vingtaine d'années, conseillait de panser les opérés d'appendicite aiguë d'une certaine façon : « Il faut bourrer de compresses la plaie opératoire pour refouler l'intestin autant que possible et ne les retirer que peu à peu ». C'est ce que Sonnemburg appelait la « tamponnade ».

M. Tixier a employé souvent cette méthode avec succès. D'autre part, dans les cas où un large drainage à l'aide de drains, un inférieur pelvien, un supéro-latéral et de compresses internes a été indiqué, il maintient pendant 36 ou 48 heures les lèvres de l'incision rapprochées en leur milieu par un fil de crin modérément serré. De cette façon lors du réveil plus ou moins agité de l'opéré et sous l'influence des vomissements, les anses intestinales ont moins de tendance à venir s'engager entre les lèvres de l'incision.

Ces conseils sont logiques, basés sur des faits d'expérience et peuvent permettre de mieux orienter la cicatrisation des plaies opératoires abdominales infectées et drainées.

TRAITEMENT DES ÉVENTRATIONS

Les éventrations doivent être opérées comme toute hernie abdominale, et dans les mêmes conditions. Il n'est pas logique qu'un sujet jeune, n'ayant pas de tare, conserve cette infirmité, toujours susceptible

d'une complication grave, l'étranglement. Aussi une méthode prudente et sage est de convoquer systématiquement dans les six mois tout opéré d'appendicite aiguë, afin de reconnaître la présence possible d'une éventration et de prendre précocement les dispositions qui conviennent. Il est toujours dangereux d'attendre que les lésions s'aggravent.

En principe, l'indication opératoire est formelle :
« Il est nécessaire d'opérer toute éventration, réductible ou irréductible, petite ou grosse, récente ou ancienne ».

L'abstention n'est permise que lorsqu'il y a une contre-indication d'ordre général (âge, obésité, complications pulmonaires, diabète...), ou encore, en présence d'une toute petite éventration, bien réductible, ayant peu de tendance à se développer, et n'entraînant aucun trouble. Le port d'un bandage bien adapté sera conseillé dans ces cas.

L'opération devra toujours se faire dans les meilleures conditions : on attendra la bonne saison et une période favorable pour le sujet. Celui-ci aura auparavant fortifié ses muscles par de la gymnastique abdominale, subi une cure d'amaigrissement s'il est obèse, et s'il y a nécessité, le traitement préalable des affections médicales, des voies respiratoires en particulier.

Les opérations d'éventrations, faites dans le Service de M. le Professeur Tixier, pendant la décade 1919-1929, sont au nombre de 19 ; 10 concernent des malades qui avaient subi le premier temps appendiculaire dans le Service.

Ce sont les observations :

Groupe II : 4, 49, 56.

Groupe III : 11, 13, 52, 56, 98.

Groupe IV : 30, 33.

Groupe V : en totalité.

Sur ces 19 interventions, il y a un décès, soit 5,2 %, pour un cas tout à fait défavorable: obs. V, n° 6.

Il s'agissait d'une femme obèse de 108 kilos, âgée de 50 ans, qui portait une éventration latérale, extrêmement volumineuse, des dimensions d'une tête d'adulte, qui s'accompagnait de coliques et de constipation. Une crise de sub-occlusion dans les jours précédents avait forcé la main à pratiquer la cure opératoire. A l'intervention, les anses étaient tellement épaisses et enflammées, qu'il était difficile de distinguer le grêle du gros intestin. La malade succomba dans le collapsus, le surlendemain de l'opération.

En dehors de ce cas, tous les autres ont donné de bons résultats.

La cure opératoire fut toujours pratiquée suivant le même procédé intrapéritonéal, d'après la méthode décrite pour la première fois par Mayld (*Vienne Medical Press*, 1886), qui comprend la résection du sac et la suture étagée de la paroi en 3 ou 4 plans, c'est le procédé idéal.

Les différents temps opératoires sont successivement :

- l'incision elleptique qui circonscrit la cicatrice ;
- le repérage successif sur le pourtour de l'éventration des plans musculo-aponévrotiques ;
- une hémostase soigneuse ;

— l'ouverture du péritoine à distance de la zone cicatricielle ;

— la libération prudente des adhérences intestinales, qui peuvent être nombreuses et serrées ; la résection après ligature soignée des adhérences épiploïques avec le sac ;

— l'excision en bloc du sac et de la cicatrice ;

— la vérification de l'appendicectomie ancienne ;

— enfin la réfection minutieuse de la paroi généralement en trois plans, un pour le péritoine et deux pour les aponévroses et muscles, ceux-ci faits avec des points séparés aux fils non résorbables ou aux catguts chromés. Si le péritoine est friable, il sera nécessaire de le renforcer avec les fibres du transverse et du petit oblique. Crins sur la peau. Le drainage du péritoine est proscrit, en cas de doute, drainage du tissu cellulaire.

Ceci est la méthode de cure opératoire classique qui donne les meilleurs résultats. A côté d'elles, il existe des procédés multiples, que nous ne ferons que signaler :

— réfection de la paroi en 1 plan (Routier), en 2 plans (Le Dentu) ; suture en lacet de souliers de Condamin ;

— les méthodes originales de Souligoux, de Judd ;

— les procédés autoplastiques de Chaput, Streissler, Guibé.

Conclusions

I. — Nous avons étudié les suites proches et éloignées des interventions pour appendicite aiguë sur 287 cas, appartenant à la Clinique de M. le Professeur Tixier.

II. — La *mortalité* opératoire a été pour l'ensemble de 5,38 %.

Sur 17 décès, 6 ont été occasionné par la péritonite aiguë, 4 par l'infection générale ; 5 furent provoqués par un syndrome d'occlusion intestinale et, parmi eux, un succéda à une éviscération ; la cure secondaire d'une fistule intestinale et une gangrène généralisée de la paroi, chez un diabétique, entraînèrent chacune un décès.

La mortalité s'est rapidement élevée avec la gravité des lésions. Elle fut de :

- 1,3 % dans les cas ordinaires ;
- 9 % dans les abcès appendiculaires ;
- 13,5 % dans les péritonites par perforation.

III. — Les *complications immédiates* furent :

- a) 24 *abcès secondaires*, soit 8,4 %, qui se décomposent en 15 abcès pelviens et 9 à siège variable (intra-péritonéaux, 1 périnéphrétique, 1 sous-péritonéal) ;
- b) 19 *fistules intestinales*, soit 6,6 % ; 13 guérissent spontanément, 4 nécessitèrent une cure opératoire se-

condaire avec un décès, et 2 porteurs de fistule suc-
combèrent précocement ;

c) 6 occlusions intestinales, soit 2,1 %, qui ont donné 5 morts ;

d) 21 complications pleuro-pulmonaires, dont 10 infarctus, soit 7,31 % ;

e) 10 *phlébites des membres inférieurs*, dont 3 bilatérales, soit 3,4 %.

IV. — Les *résultats éloignés* ont été très favorables en ce qui concerne les fonctions digestives ; 75 % des opérés se déclarent guéris, 15 % accusent une évacuation intestinale plus difficile, et 5 %, dans chaque cas, parlent soit d'évacuation plus facile, soit d'irrégularités.

Les *éventrations* post-opératoires sont, par contre, nombreuses dans les cas ayant nécessité un drainage, où elle existent dans une proportion globale de 25 %.

Dans l'ensemble des cas drainés, l'incision :

de Jalaguier en a pour son compte	10/47, soit	21 %
de Max Schüller,	— —	17/44, soit 34 %
de Roux,	— —	4/10, soit 40 %

Les opérations pour cure d'éventrations sont au nombre de 19 et ont donné une mort, ce qui représente la proportion de 5,2 %.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, TIXIER.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 26 Février 1934.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

Nous n'apportons ici que celle postérieure à l'ouvrage fondamental de MM. Bérard et Vignard sur l'appendicite, paru en 1914. Elle reste malgré tout incomplète du fait du très grand nombre de travaux parus tant en France qu'à l'étranger.

Nous donnons tout d'abord les dates des principaux rapports et discussions des Sociétés de Chirurgie de Paris et de Lyon, qui ont abordé en détail la plupart des problèmes concernant l'appendicite aiguë.

Société Nationale de Chirurgie

A propos du Mikulicz : séances des 23 juin 1926, 26 janvier, 2 février, 23 février et 2 mars 1927.

Sur les occlusions d'origine appendiculaire : séances des 2 juillet 1919, 12 mars 1924, 27 avril 1927 (rachi-anesthésie et occlusion), celles de juin, des 7 octobre 1927, 30 mai et juin 1928, 4 janvier 1929. Sur l'enfouissement du moignon appendiculaire : rapport de De Martel et Robineau en 1921, séances des 25 janvier 1922, 8 février, 15 mars 1922, 6 mai 1925, 6 juin 1926, 6 juin et octobre 1928.

La sérothérapie dans l'appendicite aiguë : 13 mai 1925 (rapport Bazy et Clavelin); 17 juin 1925 (Oudard et Coureau).

Société de Chirurgie de Lyon

Les comptes rendus des séances sont dans le *Lyon Chirurgical*.

— Appendicite sous-hépatique d'emblée : Professeur Bérard, 1920, p. 391.

— Appendicectomies à froid, après incision de drainage. Alarmatine. Discussion : Professeur Bérard, Professeur Nové-Josserand, Professeur Tixier, 1921, p. 684, 816. Observations du Professeur Patel, 1922, p. 89, 794.

— Sérothérapie antigangréneuse dans l'appendicite aiguë. Cotte, 1921, p. 795.

— Psoritisme suppurée appendiculaire. Tavernier, 1923, p. 645.

— Gangrène du membre inférieur au cours d'une appendicite. Santy, 1924, p. 219.

— Dangers des fragments d'appendice laissés dans l'abdomen au cours d'appendicectomies incomplètes. Perrin, Chalié, Professeur Bérard, Professeur Patel, 1925, p. 84.

— Gravité des abcès pelviens. Santy, 1926, p. 646.

— Appendicite et phlébite post-opératoire, 1927, p. 748.

— Cœliostomie. Bonnet, 1930.

ASTERIADIS. — Phlébite de la jambe gauche après appendicite. *Lyon Chirurgical*, 1927, p. 748.

ALBRECHT. — Le drainage du péritoine. *Weiner Klin. Woch.*, 10-17 janvier 1925, p. 27 et 60.

BENETON. — Appendicite pelvienne suppurée. *Thèse Paris*, 1927.

Professeur BÉGOUIN. — Traitement de l'appendicite aiguë. *Acata medica latina*, nov. 1928.

Professeur BÉRARD. — Appendicite sous-hépatique d'emblée. *Lyon Chirurgical*, 1920, p. 391.

- et VIGNARD. — L'appendicite aiguë. Masson, 1914.
- BESSIEUX. — 250 appendicectomies sans enfouissement du moignon. *Thèse Montpellier*, 1929.
- BILLET. — Fermeture systématique du péritoine dans les appendicites suppurées d'origine appendiculaire. *Journ. des S. M. de Lille*, 22 nov. 1925, p. 373.
- BOLOGNESI. — Phlébite de la veine fémorale gauche et appendicite. *Lyon Chirurgical*, 1926, p. 290.
- BONNEAU. — Le drainage de l'appendicite à chaud. *Presse Médicale*, 1925, p. 804.
- Paul BONNET. — Incision iliaque basse transversale. *Société de Chirurgie de Lyon*, 30 avril 1925; *Lyon Chirurgical*, 1925, p. 712.
- De la coeliostomie. *Soc. de Chir. de Lyon*, 1930.
- BOUYALA. — Des indications opératoires de l'appendicite aiguë. *Thèse Montpellier*, 1925-26.
- CADENAT. — L'appendicectomie rétrograde, dite sous-séreuse (technique). *Presse Médicale*, 5 février 1927, p. 165.
- Faut-il drainer les appendicites aiguës ? *L'Hôpital*, avril 1927, hors série, n° 187 bis.
- CADENAT et PATEL. — Drainage abdominal. *Congrès de Chirurgie*, 1927.
- A. CHALIER. — Le drainage de l'appendicite aiguë. *Rapport au Congrès de Chirurgie*, 1926.
- A propos du diagnostic et du traitement de l'appendicite aiguë. *Presse Médicale*, 1926, p. 1318, et 9 oct. 1929.
- CHAPUT. — Le traitement des éventrations sous-ombilicales. *Presse Médicale*, 1919, p. 331.
- CHARPIOT. — Traitement de l'appendicite aiguë. Appendicectomie systématique. *Thèse Dijon*, 1924-25.
- CHAUVENET DE THOUANS. — A propos de 350 interventions pour appendicite aiguë. *Bordeaux Chirurgical*, n° II, p. 102, 1930.

- COLOMBET. — Appendicectomie systématique d'urgence pendant la crise. *Thèse Paris*, 1921.
- COTTE et HEITZ. — Sur le traitement de l'appendicite aiguë dans les trois derniers mois de la grossesse. *Revue Française de Gyn. et Obst.*, XXVI, n° 11, nov. 1929, p. 579.
- DEAVER. — Appendicitis. *The Journal of the American Medical Association*, mai 1928, p. 1679.
- DELORE. — Drainage abdominal. *Revue de Chirurgie*, 1927, p. 441.
- DELORE, MALLET-GUY et CREYSSEL. — De l'entérostomie complémentaire dans la cure radicale des occlusions intestinales aiguës. *Presse Médicale*, 1925, p. 1236.
- DELBET. — Sur le traitement chirurgical de l'appendicite. *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique de Paris*, 1929, p. 229.
- DEMEL. — Résultats du traitement opératoire des éven-trations à la clinique d'Eiselsberg. *Wiener Klinische Wochenschrift*, avril 1929, p. 481.
- DESCOTTES. — Traitement des péritonites appendiculaires sans drainage. *Thèse Paris*, 1925. Importante bibliographie.
- DESGOUTTES. — Le symptôme minimum dans l'appendicite aiguë. *La Presse Médicale*, 10 octobre 1925.
- DESVIGNES. — De l'absence de température dans certaines collections purulentes d'origine appendiculaire. *Thèse Lyon*, 1920.
- DIAZ. — Appendicites rétrocæcales, formes urinaires primitives. *Thèse Paris*, 1929.
- DOUCARELLES. — Appendicites aiguës atypiques, appendicites à symptôme nul ou effacé. *Thèse Paris*, 1923.
- DUBOIS. — Physiologie de l'appendice iléo-cæcal. *Thèse Paris*, 1920.

- DUNET et VACHEZ. — Occlusion intestinale tardive après appendicectomie pour appendicite gangréneuse avec péritonite généralisée. *Société nat. de Médecine et des Sc. médic. de Lyon*, 4 mars 1925.
- DUDLEY. — L'iléus paralytique comme complication de l'appendicite aiguë. *Annals of Surgery*, vol. LXXXIV, n° 5, nov. 1926, p. 729.
- DUFOUR. — Du rôle physiologique de l'appendice iléo-cæcal. *Journal Médical Français*, avril 1924.
- DURANTE. — L'iléus paralytique comme complication de l'appendicite aiguë et son traitement par l'entérostomie. *Arch. Ital. di Chir.*, 3 oct. 1928, p. 254.
- DUTTMANN. — Les récurrences d'appendicite après abcès appendiculaires. *Munchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXII, n° 33, 14 août 1925, p. 1370.
- DWORZAK. — Traitement de l'appendicite aiguë au cours de la grossesse. *Medizinische Klinik*, an. XXV, n° 32, 9 août 1929, p. 1245.
- J.-L. FAURE. — Le drainage dans l'appendicite à chaud. *Presse Médicale*, 3 oct. 1925, p. 1329.
- A propos de l'appendicite sans enfouissement. *Gazette des Hôpitaux*, 18 sept. 1929.
- FAVEZ. — Traitement de l'appendicite aiguë (Professeur Duval). *Thèse Paris*, 1928.
- W. FOERSTER. — Une statistique d'opération d'appendicite. *Zentralblatt für Chirurgie*, t. LV, n° 49, 8 déc. 1928, p. 3075.
- FORGUE. — Le traitement de l'appendicite aiguë. *Cours Médical*, 29 avril 1928, p. 1257.
- FOUGERAT. — L'iléus mécanique après appendicectomie. *Thèse Bordeaux*, 1925. Importante bibliographie.
- GAUME. — Formes urinaires de l'appendicite rétro-cæcale. *Journal de Chirurgie*, 1929, t. I, p. 722.
- GAUDIN. — L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire. *Thèse Paris*, 1924.
- GERBER. — Hématuries et appendicite, hématuries microscopiques. *Thèse Paris*, 1921.

- GIBSON et SHERRILL. — Prophylaxie de la fistule stercorale à la suite des interventions pour appendicite aiguë. *American Journal of Surgery*, t. XL, n° 1, janvier 1926, p. 79.
- GIRARD. — Traitement de l'abcès iléo-pelvien d'origine appendiculaire. *Thèse Paris*, 1922.
- GOGUILLON. — Traitement des péritonites généralisées suppurées d'origine appendiculaire par la fermeture du péritoine. *Thèse Lille*, 1926-27.
- GUIRY. — Contribution à l'étude de la crise radicale des éventrations abdominales. *Thèse Montpellier*, 1926-1927.
- GUREWITSCH. — Sur les hémorragies intestinales et intrapéritonéales après l'appendicectomie. *Revue de Chirurgie*, 1927, t. I, p. 218.
- HOLTZ. — Le traitement de l'appendicite aiguë. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LVI, n° 1, 9-1-26, p. 8.
- John HUNTER. — La mortalité dans l'appendicite aiguë. *The British Medical Journal*, n° 3453, 19 mars 1927, p. 508.
- JAY. — L'abcès pelvien au cours de l'appendicite aiguë. *Thèse Paris*, 1921.
- KALOMENOPOULOS. — Lésions de la veine iliaque avec gangrène du membre inférieur dans l'appendicite aiguë. *Thèse Lyon*, 1923-24.
- KOCH (Cologne). — Sur les récidives tardives après les abcès appendiculaires. *Zentralblatt für Chirurgie*, t. LI, n° 9, 1^{er} mars 1924, p. 340.
- LECÈNE. — Incision postérieure sus-iliaque dans l'appendicite postérieure. *Journal de Chirurgie*, 1922 (cf. *Thèse Parisot*, Paris, 1922).
- LECÈNE et LERICHE. — Traité de thérapeutique chirurgicale. Masson, 1926.
- LEPOUTRE. — La rachianesthésie dans le traitement des occlusions intestinales aiguës. *Gazette des Hôpitaux*, 1927, p. 993.

- MAKSUD. — Importante bibliographie sur le drainage du péritoine dans l'appendicite aiguë. *Thèse Paris*, 1929.
- MASIMI. — Indications du Mikulicz dans l'appendicite à chaud avec péritonite. *Société de Chirurgie de Marseille*, juin 1927.
- MATHIEU. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. *Société Nat. de Chir.*, 12 mars 1924.
- MÉTIVET. — Remarques sur le traitement de l'appendicite aiguë. *Presse Médicale*, 31 août 1929 et 25 déc. 1929.
- MONOD. — Appendicites graves. Drainage à la Mikulicz. *Thèse Paris*, 1927.
- MOULONGUET. — L'incision en bonne place dans la crise de l'appendicite aiguë. *Revue Méd. Universelle*, t. 11, n° 4, 1927, p. 7 et 10.
- Mc. NEILL LOVE (Londres). — Quelques observations sur le pronostic de l'appendicite aiguë. *British Journal of Surgery*, t. XII, 46, octobre 1924, p. 232.
- OMBREDANNE. — Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. *Société Nat. de Chir.*, 23 juin 1920 et 22 oct. 1930.
- OUDARD. — La forme ambulatoire de l'appendicite aiguë. *Presse Médicale*, 4 juin 1930, p. 755.
- Le traitement de l'appendicite aiguë. *Bruxelles Médical*, 6 déc. 1925, p. 173.
- OUDINOT. — Contribution à l'étude du pansement à la Mikulicz. *Thèse Paris*, 1922.
- PARCELIER. — Occlusion intestinale après appendicite aiguë. *Société de Chirurgie de Bordeaux*, 17 avril 1930.
- PARISOT. — Incision postérieure sus-iliaque dans certaines formes d'abcès appendiculaires (Professeur Lecène). *Thèse Paris*, 1922.
- PATEL. — Voir Cadenat. *Congrès de Chirurgie*, 1927.

- *Société de Chirurgie de Lyon.* — *Lyon Chir.*, 1922, p. 89,794, 1925, p. 84.
- PERRAULT. — Faut-il supprimer le drainage dans les péritonites ? *Thèse Lyon*, 1922.
- PERRIN et HEITZ. — Appendicite et ascaris. *Lyon Chirurgical*, 1927, p. 289.
- PETIT DE LA VILLÉON. — Drainage abdomino-vaginal. *Société de Médecine de Paris*, 26 juin 1926, p. 410.
- PHOCAS. — L'incision spinoso-ombilicale dans l'opération de l'appendicite. *Presse Médicale*, 1927, p. 310.
- POIRIER-GUIVAL. — Appendicites et parotidites. *Thèse Paris*, 1924.
- DE QUERVAIN (Berne). — De l'influence de l'ablation de l'appendice cæcal sur les fonctions de l'intestin. *Bruxelles Médical*, 1921, p. 252.
- H. H. RAYNER (Manchester). — Appendicites aiguës et obstruction intestinale. *The British medical journal* N° 3.307, 27 mars 1924, p. 855.
- REIDEL. — Traitement de l'appendicite et de la péritonite, *Munchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIV, N° 34, 26 août 1927, p. 1456.
- I. V. REÖK. — L'abcès post-appendiculaire du foie. *Zentralblatt für Chirurgie*, tome LIV.
- RUBISON. — Drainage dans l'appendicite. *Annals of Surgery*, 1919, Vol. LXX.
- SANTY. — De la prétendue bénignité des appendicites pelviennes. *Lyon Chirurgical*, 1926, p. 646.
- SAURY. — Des complications urinaires de l'appendicite. *Thèse Paris*, 1924.
- SEGUIN. — Considération sur 178 interventions pour appendicites aiguës et sur leurs suites. *Thèse Lyon*, 1928-29.
- SPASSITCH. — L'incision iliaque basse transversale dans la technique de l'appendicectomie. *Thèse Lyon*, 1925.

- THIN. — Appendicites aiguës opérées à chaud, suture primitive retardée de la paroi. *Thèse Paris*, 1925.
- TRESARIEUX. — De l'ouverture dans la vessie par voie **sous-péritonéale** des abcès appendiculaires résiduels après ablation de l'appendice. *Thèse Lyon*, 1922.
- TUFFIER. — Traitement chirurgical de l'appendicite à **chaud**. *Journal Médical Français*, avril 1924.
- VONCKEN. — Les occlusions intestinales consécutives à l'opération pour appendicite aiguë (rapporté par Chifoliau). *Sté Nat. de Chir.*, 15 juin 1927.
- VANDESCAL. — Appendicite et grossesse. *L'Hôpital*, avril 1928.
- VILLARD. — Mode d'action et indications du tamponnement de Mikulicz. *Lyon Chirurgical*, 1927, p. 430.
— Sur le Mikulicz. *Presse Médicale* 1927, p. 232.
- WARREN. — Complications et mortalité de l'appendicite. *The Lancet*, vol. CCXVII, N° 5523, 6 juillet 1929, p. 16.
- WEIMBERG. — Traitement sérothérapique de l'appendicite aiguë. *Sté de Biologie*, 10 mars 1928.
- WEIMBERG et PREVOST. — Recherches sur la bactériologie et la sérothérapie des appendicites aiguës. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLII, N° 10, oct. 1928.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Observations	17
Appendicites aiguës avec fermeture totale du péritoine.....	17
Appendicites aiguës avec drainage du péritoine	55
Abcès appendiculaires.....	89
Appendicites aiguës perforées avec péritonite diffuse.....	156
Eventrations post-appendiculaires opérées.....	178
Mortalité.....	185
Complications secondaires.....	191
Abcès secondaires.....	191
Fistules stercorales.....	196
Occlusions intestinales secondaires.....	201
Autres complications.....	220

Résultats éloignés.....	225
Troubles digestifs.....	225
Eventrations	227
Conclusions.....	241
Bibliographie.....	243





IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



